

Mauno Konttinen, Milla Lehtimäki (red.)

Annus Medicus Fenniae 2003

Nordiskt hälsodirektörsmöte

Oslo, 28.–29. augusti 2003

Aiheita 15/2003

ISBN 951-33-1338-7
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

Innehåll

Häls- och sjukvården utvecklas mera målinriktat än tidigare	5
<i>Mauno Konttinen</i>	
Arbetsgrupp för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovårdsministeriet (Information 2005 -projekt)	7
<i>Mika Gissler</i>	
Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från Stakes	14
Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från social- och hälsovårds- ministeriet	28
Pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	34

Hälso- och sjukvården utvecklas mera målinriktat än tidigare

MAUNO KONTTINEN

Våren 2001 fattade statsrådet i Finland ett principbeslut om folkhälsoprogrammet ”Hälsa 2015”, som är en fortsättning på det tidigare folkhälsoprogrammet ”Hälsa för alla år 2000”, som i sin tur godkändes år 1986. Båda programmen bygger på WHO:s folkhälsoprogram. Det nya programmet ”Hälsa 2015” har utarbetats i syfte att vara mera tvärsektoriellt och mera omfattande än det tidigare programmet: utöver själva servicesystemet inkluderar det många fristående aktörer inom social- och hälsovården samt medborgarna. Programmet har anpassats till människornas livscykel och det innehåller mål på relativt konkret nivå. Programmet har fått ett brett, allmänt godkännande och en bred uppslutning. Programmet väntar dock på att genomföras – inte minst p.g.a. att det ännu inte har tilldelats resurser i nämnvärd grad. Bristen på resurser gör att farhågor har vaknat för att det här programmet blir ett bland de många program som inte i hela sin vidd konkretiseras på servicesystemets grundläggande nivåer. Risken finns för att programmet blir en deklaration som ledande aktörer inom den statliga och kommunala förvaltningen har utarbetat på hög nivå.

”Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2010 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle”, är ett annat viktigt dokument inom Finlands social- och hälsovård. Social- och hälsovårdsministeriet publicerade det år 2001. Programmet ger riktlinjer för resultatavtal bl.a. mellan ministeriet och de verk som underlyder ministeriet samt länen. De egentliga aktörerna inom servicesystemet – d.v.s. personalen inom social- och hälsovården – torde dock relativt dåligt känna till dokumentet. De personer som arbetar inom hälso- och sjukvården har i dagens uppskrivade arbetstempo högst sannolikt varken tid eller energi att fördjupa sig i stora, högtflygande helheter.

Våren 2002 utvärderade WHO Euro hela det finländska systemet för främjandet av hälsa – dess resultat hittills och dess framtidspotential – med hänsyn till den inhemska och globala omgivningen, som är stadd i snabb förändring. En internationell utvärderingsgrupp konstaterade att det hälsopolitiska tänkesättet och planeringen vilar på en solid grund med beaktande av innehållet i de ovannämnda, strategiskt viktiga dokumenten. Men frågor har ställts med anledning av ett antal omständigheter i det nuvarande systemet, bl. a. beträffande de nationella institutionernas förmåga att kollektivt prestera det antal funktioner som krävs av dem. Vidare har man ifrågasatt det nuvarande ledarskapets dimensionering i förhållande till de nya uppgifter som har tilldelats det. Oklart är också hur man skall organisera det systematiska arbete samt administrera de professionella och tekniska resurser som det hälsofrämjande arbetet kräver på kommunnivå.

Gruppen har lagt fram flera rekommendationer, vilka kan sammanfattas som en uppmaning att:

- vidmakthålla och stärka de tvärsektoriella mekanismerna,
- säkerställa de mänskliga resurserna på alla nivåer med beaktande av såväl den strategiska planeringen som verkställande,
- säkerställa en handfast implementering av ”Hälsa 2015” och trygga optimala, anslutande finansieringsmekanismer,
- garantera att de åtaganden på nationell nivå som har en avgörande betydelse för att stödja och underlätta hälsofrämjandet på lokal nivå administreras och definieras på ett ändamålsenligt sätt.

Efter det senaste mötet på generaldirektörsnivå i Helsingfors i augusti 2002 har intresset inom hälso- och sjukvårdspolitikerna främst fokuserats på det nationella hälsovårdsprojektet som betonar tryggheten av den framtida hälso- och sjukvården. Det nationella hälsoprojektet syftar till att trygga tillgången på tjänster genom en reformering av servicestrukturerna och arbetsmetoderna inom hälso- och sjukvården. Vidare planeras en ökning av hälso- och sjukvårdens finansiering. Även detta projekt grundar sig på ett principbeslut, som statsrådet fattade i april 2002. I jämförelse med den tidigare regeringen verkar den nya regeringen, som utnämndes i våras, värna mera om projektet och dess genomförande. Resultatet i den kommande budgetförhandlingen på hösten liksom utfallet i de tre följande budgetförhandlingarna ger en fingervisning om hur myndigheterna i verkligheten förhåller sig till projektet.

Statens bidrag till processen är initiativet att under regeringsperioden höja hälso- och sjukvårdens statsandel med 450 miljoner euro. Kommunerna förväntas satsa lika mycket, vilket ju kan visa sig problematiskt - rentav omöjligt. Inom socialvården har man inlett ett reformarbete som stödjer sig på det nationella hälsoprojektet. Statsrådet förbereder som bäst ett principbeslut om nya riktlinjer också inom socialvården. "När man beaktar att avsikten är att samtidigt revidera lagstiftningen inom ett flertal sektorer, är det klart att vi har att göra med den största reformprocessen inom social- och hälsovården på årtionden", konstaterar social- och hälsovårdsministeriets kanslichef Markku Lehto.

När två stora reformer verkställs parallellt är det viktigt att se till att de anpassas till varandra. Bara på så sätt garanterar man att de viktigaste gemensamma verksamhetsområdena – äldreomsorgen, mentalvården samt alkohol- och drogvården – uppmärksammas i önskvärd grad och tilldelas tillräckliga resurser. Högst sannolikt är nämligen att allokeringen av resurser inom de här områdena i framtiden förnyas i avgörande grad och på bekostnad av somliga andra serviceformer.

Arbetsgrupp för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovårdsministeriet (Information 2005 -projekt)

MIKA GISSLER

Social- och hälsoministeriet inledde ett projekt om informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården 2005 våren 2002. Projektet är avsett att utveckla de databaserade informationssystemen inom social- och hälsovården.

Bakgrund

Social- och hälsovårdsministeriets datainsamling sågs över i tre omgångar på 1990-talet:

- 1) Den första och hittills största revideringen gjordes i samband med en översyn av systemet med statsandelar i början av år 1994. Ett uttalat syfte var att rationalisera datainsamlingen i kommunerna, att minska den mängd data som samlades in och att utnyttja bättre den information som fanns från tidigare.
- 2) År 1996 fortsatte man med reformeringen från år 1994. Datainsamlingen ändrades på några punkter och överlappningar avlägsnades. I oktober 1996 grundades en datasamarbetsgrupp av permanent karaktär inom social- och hälsovården.
- 3) År 2001 genomfördes en datareform, som datasamarbetsgruppen inom social- och hälsovården hade initierat. Insamlingen av data skars ytterligare ner i enlighet med statsrådets principbeslut.

Åren 1997–1998 fungerade en arbetsgrupp (Tiikeri) i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Arbetsgruppen hade i uppgift att se över ministeriets data- och informationsproduktion samt att bedöma de grunder som data samlades in på. Samma gällde de anstalter som är underställda social- och hälsovårdsministeriet.

Statsrådet fattade år 1993 ett principbeslut om att myndigheterna skall minska sin datainsamling åtminstone med en tredjedel från år 1991 till år 1995. I en utredning, som delegationen för informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (JUHTA) presenterade minskade datainsamlingen med närmare 50 procent inom socialförvaltningen. Inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsgren var motsvarande siffra 20–30 procent. Således kan man säga att de här två sektorerna levde upp till statsrådets principbeslut. Enligt ett nytt principbeslut som statsrådet har slagit fast skall kostnaderna för datainsamlingen skäras ner med ytterligare en tredjedel åren 1997–2002. Insamlandet av enskild, dyrare information, som i många avseenden belastar insamlarna, har i alla fall blivit vanligare, enligt en annan utredning som JUHTA publicerade i augusti 2000. Enligt den här rapporten är det praktiska utfallet av strävandena att skära ner datainsamlandet inte i samklang med statsrådets principbeslut.

Utöver det som ovan har anförts har statsrevisorerna i en redogörelse år 2000 påtalat vissa brister i de privata serviceproducenternas sätt att statistikföra tjänster på social-, sjukvårds- och hälsosektorn. Utredningsman Jussi Huttunen har för sin del kartlagt de behov att utveckla data-systemen som finns inom undergrupperna nationellt välbefinnande, hälsa, levnadsförhållanden och servicesystemets uppbyggnad. Social- och hälsovårdsministeriet har därför beslutat att se över informations- och datasystemen inom social- och hälsoförvaltningen.

En orsak att förbättra det nuvarande läget är de stora förändringarna på social- och hälsovården. Verksamheten inom social- och hälsoväsendet har allt mera styrts in på öppen vård. Fullt möjligt är därför att registreringen av information inte omfattar nya verksamhetsformer och funktioner. Den privata sektorn och medborgarorganisationer m.fl. på den tredje sektorn har blivit aktörer att räkna med inom social- och hälsovården. Informationens tyngdpunkt har förskjutits till att i ökande grad omfatta den helhet som vården och tjänsterna utgör för patienten/kunden. Det finns också ett ökat behov av att registrera information regionalt och kostnadsmässigt. Dessutom borde social- och hälsovårdsministeriets nya strategi, de mål och den verksamhetsplan för åren 1999 – 2003 som har utarbetats för social- och hälsoväsendet samt de kvalitetsrekommendationer, som man har arbetat fram för en del tjänster, inkluderas i det nya informationssystemet.

Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning vid social- och hälsovårdsministeriet

I april 2002 tillsattes en arbetsgrupp som har som uppgift att fram till början av år 2005, som är det år då det nya data- och informationssystemet skall tas i bruk, planera datareformen och dess verkställande. Enligt insättningsbeslut var arbetsgruppens uppgift att kartlägga datareserven i sin helhet, definiera dels vilket slags information som behövs och som samlas in årligen, dels vilket slags information som behövs mera sällan men ändå med regelbundna intervaller, definiera vem som samlar in och ansvarar för informationen, klargöra vilka begrepp och klassifikationer som används inom informationsinsamlingen, och reflektera utvecklingen på datasekretessfrågor och -lagstiftning. Arbetsgruppen hade i uppgift att granska informationsbehovet utgående olika perspektiv som en medborgare, en kund, en kommun och en samkommun, övriga tjänsteproducenter, organisationsledning och olika yrkesgrupper. En viktig uppgift var att beakta de ökade internationella krav på informationen som i synnerhet orsakats av det utvidgade EU-samarbetet.

En koordinerande ledningsgrupp, som utnämndes i april 2002, har arbetat med ett förslag på ett system för data- och informationsinsamling som omfattar hela social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsgren. Arbetsgruppen var indelad i följande fyra sektioner med uppgift att inkomma med egna förslag:

- Sektionen för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion,
- Sektionen för utkomstskydd,
- Sektionen för befolkningens välbefinnande och
- Sektionen för befolkningens hälsotillstånd.

Alla sektioner gick igenom och utvärderat den existerande statistik- och registerverksamheten samt de regelbundna enkät-, intervju- och hälsoundersökningsstudier som har omfattat hela befolkningen och fyra separata åldersgrupper (barn, ungdomar, personer i arbetsför ålder och äldre). Drygt hundra personer bl.a. från kommunerna, länsstyrelserna, social- och hälsovårdsministeriet samt forskningscentralerna som underlyder ministeriet, Statistikcentralen och Kommunförbundet har deltog i projektarbetet. Därtill arrangerade sektionerna ett flertal expertmöten och -seminarier i syfte att utveckla datasystemen. Varje sektion har förberett sin egen rapport på cirka 100–150 sidor. Dessutom kommer ledningsgruppen att bearbeta ett sammandraget slutrapport.

Projektets ledningsgrupp fattar de slutliga besluten under augusti - september 2003, varefter en komplett rapport publiceras. Dessa förslag skall även beakta kostnaderna, finansieringen och arbetsfördelning mellan olika institutioner samt behovet av att justera den nuvarande lag-

stiftningen. De viktigaste förslagen är listade i de bifogade resuméer, som de fyra sektionerna har åstadkommit.

Rapport av sektionen för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 23.4.2002 en arbetsgrupp för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion. Arbetsgruppen hade i uppgift att göra en utredning om den information som i dag samlas in om social- och hälsovårdens servicesystem och att lägga fram en presentation av informationsbehoven i framtiden, på vilket sätt och hur ofta informationen samlas in och vem som ansvarar för insamlandet. Därtill var arbetsgruppens uppgift att presentera en lösning på hur eventuella problem i samband med arbetsfördelningen och datamaterialets kompatibilitet löses när man t.ex. reder ut hur olika befolkningsgrupper utnyttjar olika tjänster och hur tjänsterna allokeras. I sitt arbete hade gruppen att beakta informationsbehovet hos olika parter, begreppens förenhetligande, behovet att få fram information på regional nivå och att kunna utnyttja informationen i kvalitetsregister och -system. Vidare lades fokus på data om nya verksamhetsmodeller och tjänster för specialgrupper. Arbetsgruppens mandat löpte ut 30.4.2003.

Arbetsgruppen föreslår följande: uppföljningsmål som baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer och program skall förknippas med existerande informationssystem. Som en del av Stakes statistikreform inom den öppna vården inleds planeringen av ett datasystem som avspeglar barnens hälsotillstånd och användningen av tjänster med att utnyttja det elektroniska patientinformationssystemet som håller på att tas fram av rådgivningsbyråerna. I statistikreformen inom den öppna vården ingår som en del också företagshälsovårdens informationsbehov. Inom rehabiliteringen skall enligt arbetsgruppens förslag en helhetskartläggning läggas fram. Beträffande tjänsterna inom äldreomsorgen utvecklas mätare för funktionsförmåga i samband med vårdanmälningsystemet. Vidare skall begrepp och definitioner i sammanhanget ses över. För specialgruppernas del skall datainsamlingen om t.ex. drogvården bli en del av Stakes permanenta datainsamling. ICF:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt dess tillämpning när befolkningens verksamhetsförutsättningar mäts skall utvecklas. Identifikationssystemet för vård- och servicekedjor skall vidareutvecklas bl.a. så att vård- och servicekedjorna i framtiden också omfattar socialtjänster. Stakes vidareutvecklar statistikföringen inom den öppna vården så att datainsamlingen utgående från besök kompletteras med urvalsbaserad datainsamling om orsaker till besöken och åtgärder. Vidare skall Stakes göra produktionen av produktivitetjämförelser inom den specialiserade sjukvården en del av sin permanenta verksamhet. Statistikföringen av användningen av tjänster inom mentalvården utvecklas som en del av datainsamlingen inom den öppna vården.

I samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och ämbetsverk inom dess förvaltningsområde skall Stakes ta fram en gemensam portal med centrala indikatorer som beskriver välbefinnande, hälsa och användning av tjänster på kommunal, regional, nationell och internationell nivå. Med tanke på de informationsbehov som finns gällande personalen utvecklas Statistikcentralens kommunala personregister, sysselsättningsstatistik och yrkesregistret, för vilket man i framtiden samlar in data årligen. Statistikcentralen utreder hur man snabbare kan få fram uppgifter om kostnader som hänför sig till kommunernas ekonomi och verksamhet. Social- och hälsovårdsministeriet samarbetar med undervisningsministeriet så att undervisning som ansluter sig till statistik, register och undersökningsmaterial och användningen av dem inlemmas i den grundläggande, kompletterande och fortsatta utbildningen samt ledarskapsutbildningen inom social- och hälsovården. Genom att undvika överlappande datainsamling och genom att i ökan-

de grad fokusera på rapportering av resultaten skall det bli möjligt att bättre utnyttja materialet i viktiga, nationella undersökningar, statistiska sammanställningar och register.

Rapport av sektionen för utkomstskydd

Arbetsgruppen hade i uppdrag att lägga fram ett förslag till ett nationellt datasystem för utkomstskyddet för ledningsgruppen för arbetsgruppen Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Utredningen skulle inbegripa en utredning av hur kontanta utkomstskyddsförmåner nuförtiden statistikförs och hur uppgifterna samlas och ett förslag om framtida informationsbehov och på vems ansvar insamlingen av uppgifterna är.

I rapporten beskrivs de nuvarande datasystemen för utkomstskyddsförmånerna enligt en socialutgiftskalkyl som baserar sig på EU:s ESSPROS-klassificering. Arbetsgruppen föreslår att de organisationer som producerar information om utkomstskyddsförmånerna ytterligare ökar sitt inbördes samarbete genom att bilda nätverk och utnyttja de möjligheter som den elektroniska kommunikationen ger genom att bygga upp webbportaler med länkar till olika informationskällor.

Arbetsgruppen föreslår att de organisationer som producerar information skapar statistikhelheter över utkomstskyddet för arbetslösa, utkomstskyddet under rehabiliteringstid, stödet för vård av små barn, pensionerna, sjukförsäkringen och minimiskyddet och även tar servicen i betraktande, om detta är nödvändigt för att få en helhetsbild.

Med tanke på utnyttjandet av informationen föreslår arbetsgruppen att informationsproducenterna bättre än idag beaktar slutanvändarnas (kundernas) synvinkel och i högre grad använder Internet som förmedlare av aktuell information (eSotka och indikatorbank vid Stakes), beaktar de krav som kvalitetskriterierna för statistik ställer och vidareutvecklar registerforskningen genom att bilda nätverk, fungera som konsulter och utbilda.

Rapport av sektionen för befolkningens välbefinnande

Sektionen för befolkningens välfärd i arbetsgruppen för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården (Information 2005) redogör i sin rapport för statistik, undersökningar och utredningar som beskriver befolkningens välfärd samt ger besked om hur ofta informationen samlas och vem som samlar in den. Rapporten belyser också hur uppgifter i undersökningar och utredningar kan dras nytta av vid sidan av den information som produceras av servicesystemet och hur dessa uppgifter kan sammanställas och utvecklas till centrala indikatorer för befolkningens välfärd. Vidare framgår det av rapporten hur ofta och på vilket sätt dessa uppgifter borde samlas in i fortsättningen och vem som är ansvarig för insamlandet av olika uppgifter. I sitt arbete hade sektionen för befolkningens välfärd att beakta informationsbehovet hos olika parter samt behovet att få fram information på regional nivå och att kunna utnyttja informationen i kvalitetsregister- och system. Informationsbehoven på internationell nivå var också att beaktas. Till rapporten är bifogat en sammanfattning av de viktigaste datakällorna, vilka har indelats i grupper efter välfärdens dimensioner.

Arbetsgruppen föreslår att tre lednings/samarbetsgrupper tillsätts mellan Stakes och Folkhälsoinstitutet:

- (1) för att finansiera en ny undersökning om välfärd och välfärdsservice och för att utveckla undersökningen så att även de viktigaste hälsoindikatorerna beaktas,
- (2) för att planera undersökningar som inriktar sig på barn och
- (3) för att planera undersökningar som inriktar sig på äldre på så sätt att även behovet av information om allmän välfärd skall beaktas i de undersökningar som baserar sig på hälsa.

Utvecklingsarbetet på de välfärdsområden som täcks av Stakes och Folkhälsoinstitutet samt Statistikcentralen bör koordineras.

Bilaga: Förslag till struktur, ansvarsfördelning och tidtabell för ett system för insamling av enkätdata om befolkningens välfärd.

BILAGA: Förslag till struktur, ansvarsfördelning och tidtabell för ett system för insamling av enkätdata om befolkningens välfärd.

Levnadsförhållanden	Välfärd	Hälsa
GRUNDLÄGGANDE UPPFÖLJNING		
<u>Statistikcentralen</u> EU-SILC, Arbetskrafts- undersökningen (varje år)	<u>Stakes</u> Undersökningen Välfärd och service (jämnå år) Undersökningen Hälsa i skolan (vart annat år hälften av Finland, <i>lokalnivå</i>)	<u>Folkhälsoinstitutet KTL</u> Hälsobeteende bland den finska vuxenbefolkningen (udda år)
FÖRDLJUPANDE ANALYS		
<u>Statistikcentralen</u> Konsumtion och förmögenhet (med 3–6 års intervaller) Tidsanvändning- och fritidsanvändning (vart 10. år) Arbetsförhållanden (med 6–7 års intervaller)	<u>Institutet för arbetshygien</u> Undersökningen Arbete och hälsa (med 3 års intervaller) Barometer för arbetsförmåga (med 3 års intervaller)	<u>FPA (samt Stakes och KTL)</u> Undersökningen Hälsotillstånd och bruk av tjänster i hushållen (TERVA) (med 5–7 års intervaller) <u>KTL</u> FINRISKI (ca vart 5. år) fortsättning på undersökningen Hälsa 2000 (med ca 10–15 års intervaller)

Rapport av sektionen för befolkningens hälsotillstånd

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 23.4.2002 en arbetsgrupp som hade i uppgift att utreda hur befolkningens hälsotillstånd beskrivs i statistik, undersökningar och utredningar samt hur ofta informationen samlas och vem som samlar in den. Rapporten beskriver hälsodatas och datasystems utveckling och nuläge i Finland och ger en översikt över datasystemen i några länder i Europa. Vidare granskas det efter åldersklass nuvarande data, datakällor, datainsamling och tillgång till data. Det framgår av rapporten hur data om befolkningens hälsotillstånd borde insamlas i fortsättningen och vem som har ansvaret för insamlandet. De viktigaste rekommendationerna är följande:

- Samarbetet mellan social- och hälsovårdsministeriet, de statistikförande myndigheterna (Statistikcentralen och Stakes), sektorforskningsinstituten (Folkhälsoinstitutet och Institutet för arbetshygien) samt Folkpensionsanstalten bör effektiviseras.
- Ett enhetligt användargränssnitt bör skapas för information om hälsa, välfärd, tjänster och socialskydd.
- Aktörerna måste se till att hälsodata skall upprätthållas och distribueras i en så användarvänlig form som möjligt och att ett elektriskt handledningssystem skall utvecklas. Vidare måste de delta i att utveckla dataförsörjning och handledning på regional och lokal nivå.
- Det finns utrymme för förbättring särskilt i fråga om data om barns och ungas hälsa, åldrande och äldre personers hälsa, arbets- och funktionsförmåga, mental hälsa och psykiska rubbningar, hem- och fritidsolycksfall, sjukdomar i de muskuloskeletala systemet, andningsorganens sjukdomar, allergier, demenser, sinnesdefekter och tandvård.
- För att kunna utveckla ett omfattande datasystem, är det nödvändigt att kontinuiteten i enkät-, intervju- och hälsoundersökningsforskning samt i upprätthållande av de landsomfattande hälsoregistren säkerställs och att nya datasystem skall färdigställas och införas.
- Utvecklingen av datasystemet medför extrautgifter, vilka uppgår till ca 1 miljon euro för både 2005 och 2006 (inkluderar inte datasystemen för hem- och fritidsolycksfall och hälsofrämjandet) i de fyra budgetfinansierade instituten, d.v.s. Folkhälsoinstitutet, Stakes, Statistikcentralen och Institutet för arbetshygien, och till ca 0,1 miljon euro för Folkpensionsanstalten under de första två åren. Med början av år 2007 skall extrautgifterna för de här fem instituten uppgå till 0,5–0,7 miljon euro årligen. Beloppen inkluderar inte genomförande av befolkningsenkäter.
- Aktörerna bör samarbeta med finansministeriet för att utveckla en sådan betalningspolitik att kostnaderna inte utgör ett hinder för användningen av uppgifterna.
- Det bör utredas om det är möjligt att främja användning av data för hälsouppföljning särskilt vid Folkhälsoinstitutet och Institutet för arbetshygien genom att revidera lagstiftningen och förfaringssätten.

Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från Stakes

Reijo Miettinen, Sampsa Hyysalo, Janne Lehenkari, Mervi Hasu
TUOTTEESTA TYÖVÄLINEEKSI?. Uudet teknologiat terveydenhuollossa
[Från produkt till arbetsredskap? Ny teknik inom hälsovården]
Stakes

Sammandrag

Reijo Miettinen, Sampsa Hyysalo, Janne Lehenkari och Mervi Hasu. Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa [Från produkt till arbetsredskap? Ny teknik inom hälsovården]. Stakes. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1383-2

Den nya tekniken har ofta setts som en lösning på kostnadskrisen inom hälsovården och problemet med hur den åldrande befolkningen skall kunna vårdas. Informationstekniken har betraktats som ett sätt att förkorta vårdkedjorna, förbättra samarbetet och spara kostnader. Litteraturen om innovationer och produktutveckling har under ett par decenniers tid framhållt att ett fungerande samarbete mellan produktutvecklarna och användarna är en förutsättning för att nya innovationer och tekniker faktiskt börjar användas. Tekniken får sin betydelse och sitt värde först då den brukas. Det är också utgångspunkten för de frågor som undersökningen om ny teknik inom hälsovården ställer: 1) Vilken roll spelar samarbetet med användarna och kännedomen om deras behov för nya innovationers framgång inom hälsovården? 2) Vilka funktionella förändringar och hur mycket inläring förutsätter den nya tekniken av användarorganisationerna och samarbetsnätverken? 3) Vilka modeller och instrument har man tagit fram för att användarna skall kunna delta i produktutvecklingen och för att användarnas arbete och behov skall kunna analyseras och i vilken riktning utvecklas dessa metoder?

Dessa frågor besvaras med hjälp av den föreliggande undersökningen, som tar upp tre hälsovårdsinnovationer. Infallsvinkeln präglas av tre principer: ett historiskt grepp; iakttagelser av hur innovationerna används i praktiken och av de problem som då uppstår; samt dialog och undersökningsinterventioner (kapitel 2). Med hjälp av interventionerna hjälps föremålen för undersökningen att bedöma och utveckla sina arbetsmetoder. Boken ger en översikt över de metoder för analys och förhandsberäkning av praktisk användning som förekommer inom marknadsförings-, programvaru- och produktutvecklingslitteraturen och litteraturen om social- och hälsovårdsplanering (kapitel 3). Största delen av dessa metoder är fokuserade på analys av tekniska apparaters användbarhet och användarnas enskilda handlingar. Analys av användningsmiljön är ett nytt fenomen som först nu börjar ta form. Några redskap för undersökning av flera användares samarbetsnätverk finns ännu inte.

Bokens kärna utgörs av en analys av hur tre hälsovårdsinnovationer har utvecklats, hur användarna samarbetar och hur innovationerna har tagits i bruk. Analysen av produktutvecklingen för trygghetsarmbandet Vivago visar att det var först i samband provanvändningen som man kunde upptäcka sådana problem som inte hade framkommit under själva produktutvecklingen (kapitel 4). För att den nya tekniken skall fungera måste man dels omvärdera tekniska lösningar, dels aktivt ta fram sådana servicekoncept som den nya tekniken förutsätter. Att lära sig genom praktisk användning kom att bli en viktig inlärningsform, men innan den var effektivt organise-

rad krävdes flera års arbete under hård press från själva produktutvecklingsarbetet. Det programvaruföretag som tog fram datasystemet Prowellness för diabetesbehandling bedrev sitt utvecklingsarbete i nära samarbete med flera enheter som är specialiserade på diabetesbehandling (kapitel 5). Tack vare samarbetet kunde företaget på kort tid ta fram en lovande produkt, medan användarna i sin tur fick ett skräddarsytt arbetsredskap. Likafullt visade det sig att programvaran var svår att använda vid vanliga hälsocentraler, som inte hade deltagit i planeringsprocessen. Undersökningen avslöjade dessutom att praktiskt taget alla de datasystem för diabetesbehandling som tidigare introducerats inom sjukvårdsdistrikten i vårt land hade övergetts med motive- ringen att de var för komplicerade för normalt mottagningsarbete. Den s.k. magnetencefalograf, MEG, som forskare inom lågtemperaturfysik har tagit fram för mätning av hjärnaktivitet använ- des under nittioalet inom grundforskningen i hjärnfunktioner (kapitel 6). Företaget bakom ap- paraten försökte också nå ut på den kliniska marknaden, dvs. man försökte sälja metoden till sjukhus som ett redskap i patientarbetet. Företaget hade dock inte klart för sig vilka omfattande organisatoriska arbetsarrangemang detta krävde i sjukhusen. För att råda bot på problemet för- bättrade man dialogen mellan produktutvecklarna och användarna genom att ordna särskilda möten där man gick igenom den information som undersökningen gett om organiseringen av mätningstjänsterna och alla de problem som den var förknippad med.

Bokens övergripande slutsats är att samarbetet mellan produktutvecklarna och slutanvändar- na är av största vikt för att den nya tekniken skall ha önskad effekt. Att ta i bruk ny teknik handlar inte bara om att få utbildning i hur en färdig produkt skall användas. Då produkten tas i bruk skapas samtidigt olika användningssätt som ofta kräver ändringar också i arbetsorganiseringen. Den tekniska och den sociala innovationen är varandras förutsättningar. Därför borde tyngd- punkten i produktutvecklingen förskjutas från produktens tekniska egenskaper till planering av olika användningssätt för produkten. Produktutvecklarna bör göra iakttagelser om hur produkt- en används i sin naturliga miljö och engagera användarna i utvecklingen av både produkten och de tjänster där den används. De som köper nya tekniska produkter borde i sin tur kräva att leve- rantören samarbetar med användarna för att på så vis kunna ta fram en produkt som verkligen erbjuder möjligheter att utveckla verksamheten och göra den lönsammare. Detta förutsätter ofta att man noggrant planerar de organisatoriska omställningar som den nya tekniken för med sig. Då man finansierar nya teknikprojekt bör man kräva att slutanvändarna tas med i projekten och att tyngdpunkten förskjuts från enbart teknik mot utveckling av praktiskt förankrade service- koncept. Detta bör också vara ett kriterium då man utvärderar nya teknikprojekt.

Forskningen i produktutveckling och praktisk användning av nya produkter bör allt klarare fokusera på användarnas vardag, arbetsmiljöerna och nätverken mellan olika aktörer. För att förstå de problem som införandet av ny teknik medför bör man analysera olika processer med varierande tidsförlopp, t.ex. omställningarna inom hälsovården och den nya teknikens livslängd. Likaså bör tyngdpunkten förskjutas från iakttagande och konstaterande forskning mot samar- bete med forskningsobjekten och användning av sådana interventionsmetoder som kan höja verk- samhetens kvalitet.

Helena Varonen

ULTRASOUND IN THE MANAGEMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS PATIENTS IN PRIMARY CARE

[Ultraljudsundersökning i diagnos av akut bihåleinflammation inom öppenvården]

Stakes. Research Reports 128

Sammandrag

Helena Varonen: *Ultrasound in the Management of Acute Rhinosinusitis Patients in Primary Care* [Ultraljudsundersökning i diagnos av akut bihåleinflammation inom öppenvården]. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Research Reports 128. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1370-0

Akut bihåleinflammation är en vanlig infektionssjukdom inom öppenvården och kan vara svår att diagnostisera för en läkare. Ultraljudsundersökning av bihålorna används i screening av patienter med övre luftvägsinfektioner. Undersökningen har ett flertal goda egenskaper: Den är riskfri och snabb och oproblematiske för patienten.

Denna doktorsavhandling utvärderar ultraljudsundersökning av bihålorna som ett diagnostiskt medel inom öppenvården. Ultraljudsundersökningens träffsäkerhet undersöktes med en systematisk litteraturoversikt och en meta-analys samt i kliniska undersökningar. Vårdresultaten jämfördes i en randomiserad kontrollerad studie som omfattade både patienter med en genom ultraljudsundersökning diagnostiserad bihåleinflammation och patienter som i ultraljudsundersökningen hade konstaterats vara friska. Attityder bland patienter och läkare utreddes med enkäter och fokusgruppintervjuer.

Patienter med symtom på bihåleinflammation förväntar att läkaren skall kunna ge en diagnos av sjukdomen och en bedömning av prognosen. Patienterna uppskattar användning av diagnostiska metoder, om dessa bidrar till att läkaren kan ge en säker diagnos. Det är få patienter som vet att bihåleinflammation oftast är en självläkande sjukdom och många är rädda för komplikationer.

Läkarna inom öppenvården anser att bihåleinflammation är en svår diagnos, och de är missnöjda med nuvarande vårdpraxis. De upplever att de är tvungna att ordinera antibiotika i onödan med anledning av patienternas förväntningar och eftersom det inte finns tillräckliga möjligheter inom öppenvården att ställa en exakt diagnos av sjukdomen.

Träffsäkerheten av ultraljudsundersökningen av bihålorna är tätt förknippad med skickligheten av den person som utför undersökningen. Genom utbildning och övning är det möjligt för läkare att konstatera avsöndring i bihålorna lika bra med ultraljudsundersökning som med röntgenundersökning. I hälften av fallen med en kliniskt diagnostiserad bihåleinflammation konstateras avsöndring i bihålorna vid ultraljudsundersökning.

Ultraljudsundersökning innebär mindre kostnader än andra undersökningar som utförs för att konstatera bihåleinflammation.

Eija Grönroos

MUISTUTUSKUTSUT MAMMOGRAFIASEULONNASSA. EPÄRÖIVIENTEN OSALLISTUJIENTEN PSYKOSOSIAALISET OMINAISPIIRTEET JA MUISTUTUSKUTSUJIENTEN VAIKUTTAVUUS JA KUSTANNUKSET

[Påminnelser inom mammografiscreeningen. Tveksamma deltagares psykosociala särdrag och effekten av och kostnaderna för påminnelserna]
Stakes. Undersökningar 127

Sammandrag

Eija Grönroos. Muistutuskutsut mammografiaseulonnassa. Epäröivienten osallistujienten psykososiaaliset ominaispiirteet ja muistutuskutsujen vaikuttavuus ja kustannukset [Påminnelser inom mammografiscreeningen. Tveksamma deltagares psykosociala särdrag och effekten av och kostnaderna för påminnelserna]. Stakes, Undersökningar 127. Helsingfors 2002. ISBN 951-33-1357-3

Syftet med undersökningen var att klargöra faktorer som förklarar deltagandet i mammografiscreeningarna för de kvinnors del som kommit först efter att ha blivit tillsända en påminnelse. Deras särdrag beskrevs med hjälp av en jämförelse av samtliga grupper som fick kallelse till screeningundersökning. Dessutom undersöktes sambanden mellan deltagandet, avsikten att delta och klienternas belåtenhet. Vidare undersöktes påminnelsernas effekt med tanke på tidig diagnostisering av bröstcancer samt kostnaderna för påminnelserna.

Våren 1999 genomfördes en enkätundersökning för mätning av följande psykosociala variabler: sociala faktorer, hälsohistoria, egen upplevelse av hälsotillståndet och tidigare erfarenheter av cancer, hälsoföreställningar, överlevnadsstrategier, upplevd stress, klientbelåtenhet samt orsakerna till att deltagandet skedde först efter en påminnelse. Frågeformuläret sammanställdes utifrån de mätare som tidigare hade utvecklats för undersökningens olika delområden. Den undersökta gruppen bestod av de kvinnor som 1999 kallades till screeningundersökning av de tio screeningcentrum som anmälde sitt deltagande i undersökningen. Till den egentliga provgruppen valdes 390 kvinnor som deltog efter att ha fått en påminnelse, till jämförelsegrupper 410 kvinnor som infann sig efter första kallelsen och 400 kvinnor som överhuvudtaget inte deltog i den screeningomgången. Svarsaktiviteten i postenkäten var 94 procent för dem som deltog efter första kallelsen, 60 procent för dem som deltog efter att ha fått en påminnelse och 27 procent för dem som inte alls deltog.

Den del av undersökningen som gällde påminnelsernas effektfullhet och kostnader genomfördes i form av en enkät till screeningcentrumen i två etapper. Effekten av påminnelserna undersöktes beträffande mammografiscreeningarna åren 1999 och 2000. Den del som gällde kostnaderna ingick i enkäten 1999. Nio av tio screeningcentrum besvarade år 1999 enkäten om påminnelsernas effekt och kostnader; år 2000 var svarsantalet sex av sju.

De faktorer som förklarar deltagandet undersöktes med hjälp av en logistisk regression. För att skapa summavariabler för de variabler som skulle förklaras testades innehållsets validitet genom faktoranalyser, korrelationskoefficienter och Cronbach alfa-koefficienten.

Det som tydligast skilde dem som deltog först efter en påminnelse från dem som deltog efter första kallelsen var att de var stressade kvinnor som mer sällan anlätade en gynekolog och som upplevde screeningen som mindre nyttig än de som kom efter första kallelsen. I situationer där deras hälsa var hotad upplevde de dessutom mer ilska och bitterhet och var mindre benägna att

rådfråga andra som hade haft samma upplevelser. Dessa faktorer kan anses förebåda ett behov av påminnelser.

En jämförelse mellan dem som kommit efter en påminnelse och dem som överhuvudtaget inte deltog i några undersökningar beskriver påminnelsernas effekt. De personer som hade fått yrkesutbildning, som hörde till en högre inkomstgrupp, som fick socialt stöd för att delta, som sällan var sjukskrivna, som hade deltagit i Papa-screeningar under det närmaste halvåret före screeningen, som mera regelbundet besökte en gynekolog och som upplevde att screeningen och mammografin var förknippade med stora fördelar och obetydliga nackdelar deltog benägrare efter en påminnelse än helt uteblev mammografiscreeningarna. Också en starkare upplevelse av ilska, bitterhet, depression och vanmakt i situationer som hotar hälsan och en allmän känsla av stress var starkare hos dem som deltog efter en påminnelse än hos dem helt uteblev.

De som deltog efter en påminnelse var missnöjdare med den behandling de fick på screeningcentrumet än de som kom efter första kallelsen. De kände att de inte fick tillräcklig information om vad man gjorde med dem och om tidpunkten för när resultaten meddelas. I jämförelse med dem som kom efter första kallelsen var de benägnare att anse att personalen inte bemödade sig tillräckligt för att ge dem en behaglig upplevelse av screeningen, de hade större svårigheter att finna en lämplig tid för undersökningen och de var missnöjdare med screeningcentrumens öppettider, de små omklädningsrummen och röntgenskötarens yrkesskicklighet. Den viktigaste orsaken till att de inte hade kommit redan efter första kallelsen handlade om brådska, misstankar om att screeningen inte tjänar någon nytta samt olika problem med praktiska bestyr.

Påminnelserna höjde deltagaraktiviteten med tre procentenheter. Påminnelse-screeningarna är effektfulla, men inte så effektfulla som screeningarna på basis av första kallelsen. Kostnaderna per deltagare är större vid påminnelse-screeningar, men små i jämförelse med screeningarnas totalkostnaderna.

Undersökningen visar att de kvinnor som deltar i screeningarna först efter att ha fått en påminnelse bildar en egen grupp som har specifika psykosociala drag och som avviker från de övriga kvinnor som kallas till mammografiscreening. Denna grupp bör beaktas då man planerar screeningtjänsterna. Påminnelserna ökar inte nämnvärt antalet bröstcancerfynd, men innebär å andra sidan inte heller någon större kostnadsökning.

Nyckelord: mammografiscreening, påminnelse, hälsoföreställningar, stress, coping, kundbelåtenhet, logistisk regression, effekt, effektfullhet, kostnader

Eeva Ollila, Minna Ilva, Meri Koivusalo (red.)
 Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalitiikan nkökulmasta
 [Konkurrensutsättning ur social- och hälsovårdspolitikensperspektiv]
 Stakes. Rapportteja 276

Sammandrag

Eeva Ollila, Minna Ilva, Meri Koivusalo (red.). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalitiikan nkökulmasta [Konkurrensutsättning ur social- och hälsovårdspolitikensperspektiv]. Stakes. Rapportteja 276. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1379-4

I rapporten ger experter inom social- och hälsovårdspolitiken synpunkter på konkurrensutsättning inom social- och hälsovården. Handels- och industriminister Sinikka Mönkäre understryker att kvaliteten på de till buds stående social- och hälsovårdstjänsterna inte skall vara beroende av klienternas förmögenhet. Hon konstaterar att konkurrensutsättning, då den genomförs skickligt och med urskillning, är nyttig som ett instrument inom social- och hälsovården, men skadlig som ledande princip för hur social- och hälsovårdstjänsterna i praktiken organiseras. Specialforskare Meri Koivusalo från Stakes återger internationella erfarenheter av konkurrensutsättning inom hälsovårdstjänster och beskriver vilka slags internationella processer utanför hälsovårdens och hälsovårdspolitikens sfär som bidrar till att också den finländska hälsovården utvecklas i en mera marknadsorienterad riktning. Professor Juhani Lehto vid Tammerfors universitet konstaterar att de nya ledarskapsprinciperna inom den offentliga sektorn delvis bygger på konklusioner som dragits på basis av jämförelser mellan å ena sidan karikatyriska kutymer från den offentliga sektorn, å andra sidan ett idealläge från marknadssektorn. Detta har resulterat i felaktiga slutledningar om konkurrensutsättningens och privatiseringens potentiella fördelar. Överdirektör Kimmo Leppo menar att debatten om konkurrensutsättning och marknadsorientering huvudsakligen har gällt sådana frågor där konkurrensutsättningen fungerar dåligt. Inom hälsovården finns det emellertid också sådana funktioner där konkurrensutsättning kunde leda till större effektivitet och besparingar eller förbättra allokeringen av de offentliga resurserna.

Specialforskare Eero Lehto vid Löntagarnas forskningsinstitut granskar konkurrensutsättningens förutsättningar och villkor samt frågan om i vilka stycken konkurrensutsättning är lämplig – eller olämplig – i produktionen av välfärdstjänster. Professor Vuokko Niiranen granskar olika sätt att producera välfärdstjänster med avseende på bl.a. jämställdheten, utvecklingen av välfärdstjänsterna, klientförhållandet och sysselsättningen i kommunerna. Professor Arvo Myllymäki från Tammerfors universitet konstaterar att konflikten mellan den offentliga sektorns ansvar för välfärdstjänster och den marknadsekonomiska konkurrensen är störst då det gäller att trygga barnens, mentalvårdspatienternas, missbrukarnas, de äldres och de handikappades rättigheter.

Kommunförbundets jurist Anssi Pihkala konstaterar i sin presentation av sitt förbunds synpunkter att en välfungerande servicemarknad tjänar både kommunernas och kommuninvånarnas intresse. Ordföranden för Kommunsektorns fackförbund Tuire Santamäki-Vuori skriver om förhållandet mellan långsiktigt utvecklingsarbete och konkurrensutsättning, om hur demokratin kan tryggas inom olika typer av servicesystem och om förutsägbarhetens och kontinuitetens betydelse för både klienterna, personalen och arbetsgivaren. Kommundirektör Marjatta Keisu skildrar Limingo kommuns erfarenheter av att konkurrensutsätta hälsovårdstjänsterna: efter processen kunde man konstatera att de tjänster som kommunen själv producerade var både kostnadseffektiva och högklassiga. Skribenterna konstaterar att konkurrensutsättning kan tjäna social- och hälsovårdspolitikens mål då de funktioner som konkurrensutsätts kan produktifieras och göras jämförbara i fråga om pris och kvalitet. Framför allt gäller detta nyttigheter av varu-

snarare än tjänstenatur. Dessutom är det nödvändigt att de konkurrerande producenterna är tillräckligt många och att konkurrensutsättningen sköts av en stark och yrkeskunnig inköpsorganisation.

Nyckelord: konkurrensutsättning, social- och hälsovård, social- och hälsovårdspolitik

Sari Kauppinen, Tapani Niskanen

YKSITYINEN PALVELUTUOTANTO SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

[Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården].

Stakes. Rapporter 274

Sammandrag

Sari Kauppinen, Tapani Niskanen: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa [Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården]. Stakes. Rapporter 274. Helsingfors 2003. ISBN 951-33-1359-X

Jämsides med den expansion som skett inom den privata serviceproduktionen har också behovet av tillförlitlig och aktuell information om de privata tjänsterna ökat. I den här publikationen finns första gången inom samma pärmar uppgifter om privata social- och hälsovårdstjänster och om kostnaderna för dem. Uppgifterna har samlats in från olika register och statistiska sammanställningar. Publikationen är resultatet av ett samarbete mellan representanter för serviceproducenter, registeransvariga och dem som nyttjar uppgifterna.

De privata social- och hälsoserviceproducenternas andel av den totala social-och hälsoserviceproduktionen utgör en femtedel beräknat enligt personal och kostnader. Organisationernas andel av den sociala servicen uppgår till 16 % beräknat enligt antalet anställda och 17 % utgående från kostnaderna. Företagens andel av den sociala servicen är 5 % beräknat enligt både antalet och kostnaderna. Företagens andel av hälsovårdsservicen utgör 12 % beräknat enligt antalet anställda och 17 % beräknat enligt kostnaderna. Organisationernas andel av hälsovårdsservicen är 5 % beräknat enligt antalet anställda och 3 % beräknat enligt kostnaderna.

En tidsserie över den privata verksamhetens andel kan beskrivas på basis av antalet anställda. År 1995 arbetade 14 % av personalen inom den sociala servicen och 15 % av personalen inom hälsovårdsservicen inom den privata sektorn. Den privata sektorns andel av all social service har således ökat med sju procentenheter, och dess andel av hälsovårdsservicen med två procentenheter under fem år.

Under 1990-talet har en klar ökning skett inom den privata produktionen av social service. Antalet verksamhetsenheter har under 1990-talet närapå fyrfaldigats: år 1990 fanns det ca 750 enheter medan antalet enheter år 2001 närmade sig 2 900. År 2001 stod organisationerna för 55 % av verksamhetsenheterna.

Inom den privata produktionen av social service dominerar servicehusen och -bostäderna om man beaktar antalet verksamhetsenheter. År 2001 producerade en tredjedel av enheterna (1 146 enheter) huvudsakligen denna form av service. Den näst största gruppen utgjordes av de ca 630 producenter som erbjöd barndagvård. Följande i storleksordning var de som huvudsakligen erbjöd hemtjänster, närmare 380 producenter. Dessutom producerar privata serviceproducenter bland annat tjänster inom barn- och ungdomsvård, missbrukarvård och institutionsvård för äldre personer och för handikappade.

Under de senaste åren har boendeservice, hemtjänster, institutions- och familjevård för barn och ungdomar samt barndagvård för barn i daghem ökat mest. Organisationernas nya verksamhetsenheter producerar oftast boendeservice, hemtjänster eller dagverksamhet och nya företag erbjuder oftast boendeservice, hemtjänster och institutions- eller familjevård för barn och unga.

De privata producenterna av hälsovårdsservice uppgick till 2 883 och de självständiga yrkesutövarna till ca 7 500. Antalet egentliga serviceproducenter har varierat under 1990-talet, men de senaste åren har fört med sig en uppenbar ökning. Under de senaste åren har ca 210 producenter inlett verksamhet årligen, medan ca 60 producenter har upphört med sin verksamhet.

Fysioterapi är den dominerande branschen inom den privata hälsovårdssektorn. År 2001 erbjöd sammanlagt 1 440 producenter fysioterapitjänster. Den näst största branschen utgjordes av privata läkarmottagningar (980 producenter), därefter följde företagshälsovård och laborato-

rijetjänster (inom vardera fanns ca 670 producenter). Relativt sett mest har antalet serviceproducenter inom företagshälsovården ökat under de senaste åren.

Vid slutet av år 2000 hade de privata serviceproducenterna inom socialvården 31 300 arbetstagare och inom den privata hälsovårdsservicen uppgick antalet arbetstagare till 25 700. Under samma år utgjorde kostnaderna för den privata serviceproduktionen inom social- och hälsovård 2,38 miljarder euro. Kostnaderna för den privata sociala servicen uppgick till miljard euro. Av denna summa utgjorde företagens kostnader 0,22 miljarder euro och organisationernas kostnader 0,77 miljarder euro. Kostnaderna för den privata hälsovårdsservicen uppgick till 1,38 miljarder euro, varav företagens kostnader utgjorde 1,14 och organisationernas 0,23 miljarder euro.

Den största kundkategorin för de privata producenterna av social service utgörs av kommunerna, som köper majoriteten av tjänsterna. Förutom kommunerna köper till exempel Folkpensionsanstalten (FPA) anpassningsträning av organisationerna. Hushållen och arbetsgivarna köper i viss mån privat barnomsorg, hemtjänster och missbrukarvård. Hushållen och FPA (rehabiliteringstjänster) är de privata hälsovårdsproducenternas största kunder. Även kommunerna, kommunförbunden, statskontoret, arbetspensionsanstalterna, försäkringsbolagen och arbetsgivarna köper tjänster av de privata serviceproducenterna, men till exempel kommunernas köpservice är obetydlig i jämförelse med den köpservice som förekommer inom social service.

Penningautomatföreningen stöder årligen verksamheten inom ca 1 100 organisationer, av vilka en del producerar service. Dessutom beviljar kommunerna i någon mån bidrag till de privata serviceproducenterna. Privata serviceproducenter kan också få bidrag för investering, forskning och utveckling från Penningautomatföreningen (organisationer) och via TE-centralerna från jord- och skogsbruksministeriet och handels- och industriministeriet (företag).

Privatpersoners köp av privata social- och hälsovårdstjänster ersätts och stöds med offentliga medel. Den viktigaste formen är FPA:s sjukförsäkringsersättning, men även hushållsavrdraget, FPA:s privatvårdsstöd, vårdbidraget för pensionstagare och bostadsbidraget underlättar köp av privat service.

Nyckelord: privat socialvård, privat hälsovård, privat serviceproducent, företag, organisation, personal, kostnader, statistik

Matti Ojala

TOIMINTAEDELLYTYSTIETO JA SEN HYÖDYNTÄMINEN. KÄSITTEET, TERMIT, LUOKITUKSET JA TIETÄMYKSEN HALLINTA

[Begrepp, termer, klassificeringar och kunskap – att dra nytta av attributen av funktionstillstånd och funktionshinder]

Stakes. Rapporter 272

Sammandrag

Matti Ojala: Begrepp, termer, klassificeringar och kunskap – att dra nytta av attributen av funktionstillstånd och funktionshinder [Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta]. Stakes, Rapporter 272. Helsingfors 2003. ISBN 951-33-1367-0

Denna utredning handlar om begrepp, terminologi och terminologiska system som beskriver funktionstillstånd och funktionshinder samt med dessa sammanhängande bedömnings- och mättningsmetoder. Därtill granskas deras utvecklingsbehov i den digitala verksamhetsmiljön. Definitionen av funktionstillstånd och -hinder omfattar individens funktionsförmåga, teknologiska produkter, attityder i samhället och den fysiska miljöns egenskaper. Alla dessa står i växelverkan med varandra och skapar ramar för såväl individens som samhällets aktiviteter. Med terminologiska system avses terminologier, klassificeringar, kontrollerade terminologier och med dessa förknippade kodsyste. Information om ändringar i befolkningens funktionstillstånd och funktionshinder behövs för att kunna utveckla bl.a. tjänster, produkter och livsmiljöer samt för att kunna mäta åtgärders effekt och effektivitet. Detta slags information är också av nöden vid utvärdering av utvecklingen av jämlikhet.

Metoder för bedömning av funktionstillstånd- och hinder och framför allt individens funktionsförmåga har utvecklats kraftigt efter andra världskriget. Det terminologiska grundarbetet har dock inte uppmärksamats tillräckligt. I själva verket saknas ett underlag för klassificering och bedömning av funktionstillstånd och -hinder, d.v.s. ett enhetligt begreppssystem samt begreppsdefinitioner och terminologi. Därför har vi till exempel i fråga om funktionsförmåga flera delvis överlappande och sinsemellan konkurrerande klassificeringar och mättningsmetoderna och bedömningsskalorna skiljer sig från varandra. Problemet ligger i att det är svårt, om inte omöjligt, att göra jämförelser mellan uppgifter som samlats in med olika metoder.

Detta är en orsak till varför den internationella gemenskapen, såsom Världshälsoorganisationen WHO, Förenta nationerna, Europeiska unionen och Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling OECD, har under 1990-talet satsat på att utveckla bedömning av funktionstillstånd- och hinder i befolkningen och särskilt på att utveckla instrument för att mäta funktionsförmåga. Målet har varit att skapa (1) ett globalt, standardiserat terminologiskt system för beskrivning av dessa, d.v.s. ett begreppsmodell, terminologier, klassificeringar och kodsyste, som stöds av bedömnings- och mättningsmetoder, samt (2) digitala tillämpningar för detta system.

Globalisation, standardisering och digitala datasystem medför att språkbruk, kultur och teknologi blir enhetligare. Särkulturer blir sällsynta. När det gäller funktionstillstånd och -hinder är det sannolikt att den internationella gemenskapen under de nästa 5–10 åren skall harmonisera de centrala termerna, klassificeringarna, kodningarna, bedömnings- och mättningsmetoderna och rapporteringsmodellerna för statistikföring. Harmoniseringstrycket har ökat också i klient- och patientarbete, social trygghet och i lagstiftning i allmänhet. Därtill vill man i enlighet med *Design for All*-principen standardisera det datamaterial som behövs i funktionell planering av tjänster, produkter och livsmiljöer.

Rapportens observationer kan sammanställas som en tvådelad verksamhetsplan.

För det första behövs ett åtgärdsprogram som skapar såväl begreppsliga som datatekniska förutsättningar för insamling och utnyttjande av information om funktionstillstånd och -hinder. Åtgärdsprogrammet borde omfatta bl.a. följande:

- (1) Utvecklingsåtgärder: att identifiera bruket av information om funktionstillstånd- och hinder både inom och mellan olika yrkes- och verksamhetsområden och att inleda ett samarbetsprojekt för att starta upp ett utvecklingsarbete som omfattar bl.a. begreppsanalys, val av termer, klassificerings- och kodningsstrukturer, bedömnings- och mätningmetoder samt rapporteringsmodeller.
- (2) Administrativa åtgärder: att utvärdera behovet av harmonisering eller standardisering av terminologi och begreppsdefinitioner i officiella bestämmelser och lagstiftning i fråga om funktionsförmåga, handikapp och funktionstillstånd och -hinder.
- (3) Stödåtgärder: (a) att skapa förutsättningar för utveckling av digitala tillämpningar som stöder information om funktionstillstånd och -hinder och (b) att utreda möjligheten att bygga upp en begreppsligt enhetlig referensram för information om funktionstillstånd och -hinder med tanke på yrkesutbildning.
- (4) Forskning: att utreda nyttan av (a) teknologier för organisering av information, såsom tredje generationens terminologiska system, och (b) teknologier för urvärdering av information med fler variabler, såsom neuralnätteknologi, samt (c) möjligheter att införa dessa teknologier.

För det andra är det nödvändigt att komma överens om på vilket sätt utredningsarbete och planering av tillämpningar kan genomföras på ett koordinerat sätt. Ett systematiskt införande av information om funktionstillstånd och -hinder kräver personalutbildning och stöd för datatekniska tillämpningar, vilket medför mångdubbla kostnader jämfört med de kostnader som utvecklingen av själva systemet innebär. Således borde det vid planering av sättet att förverkliga programmet samtidigt avgöras om programmet ska byggas på internationellt samarbete eller enbart på nationellt utvecklingsarbete. Enligt denna rapport skulle den rimligaste verksamhetslinjen vara följande:

- (1) Satsning på det arbete som är på gång på internationell nivå för att utveckla beskrivningssystem för funktionstillstånd och -hinder och deras tillämpningar, och undvikande av rent egna nationella lösningar. Som ett delprojekt inleds en analys av terminologin på området för funktionstillstånd och -hinder samt hälsa i samarbete med WHO.
- (2) Inriktning på det arbete som inte kan utföras på internationell nivå, såsom att skapa en finskspråkig terminologi angående funktionstillstånd och -hinder. Utvecklingsarbetet ska inriktas såväl på olika yrkesgrupper som olika verksamhetsområden. Tyngdpunkten läggs först på de yrkesgrupper inom social- och hälsovården som utför klient- och patientarbete samt på att starta upp både deras egna projekt och ett gemensamt nationellt projekt för att definiera och nämna de termer som tillhör begreppsområdet. På samma gång skapas en ram inom vilken följande frågor kan dryftas:
 - Vad innebär ett arbetssätt som är multiprofessionellt och omfattar flera verksamhetsområden med tanke på servicekedjan och som syftar till att utreda klientens funktionstillstånd och funktionshinder?
 - Är det av nöden att förändra/utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper och organisationer samt organiseringen av servicekedjor?
 - Hur kan utvecklingsprocessen stödas genom att utnyttja digitala operationssystem?
- (3) Utredning av social- och hälsovårdsministeriets och olika intressegruppers officiella ståndpunkter i fråga om följande saker:
 - Skall man införa det internationellt harmoniserade beskrivningssätt som håller på att utvecklas? Om detta beskrivningssätt införs, så är det nödvändigt att avgöra enligt vilken tidtabell, i vilken omfattning, i vilka verksamheter och med vilken grad av bindande karaktär.
 - Vill man ha snabba förändringar? I så fall kan social- och hälsovårdsministeriet på basis av lagen om klientens ställning och rättigheter och lagen om patientens ställning och

rättigheter föreskriva att det är obligatorisk att i klient- och patientjournaler använda någon av de nuvarande systemen för klassificering och kodning av funktionstillstånd och -hinder. Med stöd av lagen om statistikväsendet vid forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården har Stakes samma rätt att bestämma vilka uppgifter som skall samlas in för social- och hälsovårdens statistik.

- Skall systemen för beskrivning av funktionstillstånd och -hinder harmoniseras eller förutsätts det ett omvandlingsprogram mellan nuvarande beskrivningssystem, vilket skulle möjliggöra bruket av dessa system parallellt med varandra? I båda fallen är det nödvändigt att bestämma på nationell nivå om organisering, grundinvesteringar och omfattande utbildning i fråga om införandet av ett nytt system.

Nyckelord: funktionstillstånd och funktionshinder, funktionsförmåga, handikapp, hälsa, aktivitetsbegränsning, funktionsnedsättning, klient- och patientjournaler, servicekedjor, rehabilitering, vård, omsorg, social trygghet, socialförsäkring, statistik, design for all, datasystem, terminologiska system, terminologier, klassificeringar, bedömnings- och mätningmetoder

Jukka Lehtonen (red.)

SEKSUAALI- JA SUKUPUOLIVÄHEMMISTÖT TYÖELÄMÄSSÄ

[Sexuella minoriteter och könsminoriteter i arbetslivet]

Stakes. Rapporter 269

Sammandrag

Jukka Lehtonen (red.) Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt työelämässä [Sexuella minoriteter och könsminoriteter i arbetslivet]. Stakes, Rapporter 269. Helsingfors 2002.

ISBN 951-33-1315-8

Specialister på olika områden belyser i föreliggande verk sexualitetens och könets diversitet i arbetslivet och beskriver hur denna diversitet och dess sätt att träda fram begränsas med juridisk praxis och kulturella beteendemönster. Ett centralt tema är hur ouppmärksammade sexual- och könsminoritetsfrågorna är samt hur osynliga de lesbiska, homosexuella, bisexuella och transpersonerna är på arbetsplatserna och i debatten om arbetslivet. Diskriminering på grund av sexuell inriktning i arbetslivet är förbjuden i lagstiftningen, men det är fortfarande svårt att ingripa i diskrimineringssituationer, och det händer att det ifrågasätts om diskriminering förekommer. Individerna som hör till dessa minoriteter funderar över om det är bäst att dölja sin sexualitet eller sin specifika könsidentitet från alla i arbetsgemenskapen eller bara från en del av denna. Utöver öppen och direkt diskriminering stöter lesbiska, homo- och bisexuella samt transpersoner också på strukturell diskriminering; sådan diskriminering i dess olika former beskrivs av verkets författare. Skriften öppnar diskussionen om de sexuella minoriteternas och könsminoriteternas ställning i arbetslivet och ifrågasätter det heteronormativa antagandet enligt vilket det på arbetsplatserna bara finns människor av två slag: heterosexuella män och heterosexuella kvinnor.

Boken är uppdelad i fem partier. I inledningen presenterar Jukka Lehtonen bokens temata och utreder de centrala begreppen samt diversifierar bilden av de sexuella minoriteterna och könsminoriteterna, varvid han även går in på de skillnader som har etnisk eller kulturell bakgrund. Rainer Hiltunen redogör för de möjligheter som skapas av Finlands och EUs lagstiftning att ingripa i diskriminering och de brister som föreligger i lagarna. Christine Gilljam berättar i sin artikel om homo- och bisexuella arbetstagares situation i Sverige och om de åtgärder som vidtagits av den rättsombudsmannabyrå som grundats för att bevaka deras intressen.

I bokens andra parti behandlas den pluralitet som förekommer inom sexualiteten och för könens del. Maarit Huuska redogör för de transsexuella, för transvestiters och andras liv – som bryter mot de hävdvunna könsgränserna – och om deras möjligheter att arbeta. Teppo Heikkinen beskriver homosexuella män som från andra delar av Finland flyttat till Helsingforsregionen och om deras erfarenheter på arbetsplatserna. Tiia Aarnipuu presenterar de rättigheter som lagstiftningen erbjuder och bristerna i dessa; detta slags information kan både för personer som hör till regnbågsfamiljer och för deras arbetsgivare vara bra att ha, med tanke på sammanjämkandet av familje- och arbetslivet. Paula Kuosmanen presenterar i sin artikel lesbiska kvinnors och lesbiska föräldrars sätt att agera och bete sig på arbetsplatserna. Jukka Lehtonen berättar om de icke-heterosexuella ungas situation på arbetsmarknaden och Kari Huotari ger oss glimtar av den situation som möter hiv-smittade homo- och bisexuella män både i arbetet och utanför detta.

Det tredje partiet i boken koncentreras på tre yrkesgrupper. Heidi Hoffman beskriver i sin artikel frågor om hur de anställda mår i kontorsarbete och i servicebranscherna. Miia Valkonen

beskriver fyra specifika fall som gäller lesbiska, homosexuella eller bisexuella lärare. Marja Suho-nen analyserar kyrkans inställning till sina homosexuella anställda.

I bokens fjärde parti genomgås olika slag av könsrelaterad kulturell praxis på arbetsplatser-na. Marja Kaskisaari tillför diskussionen om utbrändhet i arbetet nya synsätt som har att göra med kön, sexuella minoriteter och könsminoriteter. Elina Lahelma granskar de sexuella benäm-ningar som lärare utsätts för och kopplar denna till könens kamp om dominans. Teija Mankki-nen analyserar brandväsendet och dess i hög grad mansdominerade atmosfär.

Det femte och sista partiet i boken inriktas på framtiden, med huvudvikten lagd vid ändrin-garna av praxis inom arbetslivet. Peter Dankmeijer beskriver situationen i vissa holländska sko-lor och de problem som uppstått i samband med ändringarna av skolornas homofoba kultur. Marja Nykänen presenterar en plan mot diskriminering inom Helsingfors universitet och de därmed sammanhängande åtgärderna, som också tar homo- och bisexualiteten i beaktande. Eli-sabet Qvarford behandlar i sin artikel vissa åtgärder som företagits av hennes fackorganisation i syfte att förbättra de lesbiskas och de homosexuellas ställning i arbetslivet. Som avslutning redo-gör Jukka Lehtonen för projektet Equal, som finansieras av EU och arbetsministeriet och som gjort det möjligt att utge föreliggande verk. Equal inriktar sig på att åtgärda problem på arbetsplat-serna och på att erbjuda nya praxisalternativ som ersättning för de gamla, heteronormativa verk-samhetsmodellerna.

Sökord: Sexuella minoriteter, könsminoriteter, homosexualitet, bisexualitet, lesbiskhet, transse-xualitet, heteronormativitet, heterosexism, sexualitet, kön, arbetsliv, välmåga i arbetet, arbetstrött-het, arbetsdiskriminering, arbetslagstiftning, arbetarskydd, praxis i arbetslivet, lärare, skolverket, arbetsmarknadsorganisationer.

Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från social- och hälsovårdsministeriet

Social- och hälsovårdsministeriet

Prememorior 2003:11swe

5.6.2003

DET NATIONELLA UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET. UTREDARNAS SLUTRAPPORT.

Författare

Utredare: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen och Niina Korpelainen

Ordförande för projektets ledningsgrupp: Markku Lehto

Projektets sekreterare: Saila Hietanen

Referat

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 3.10.2002 ett nationellt utvecklingsprojekt för det sociala området. Projektet hade en ledningsgrupp med kanslichef Markku Lehto som ordförande. Till utredare utsågs överdirektör Matti Heikkilä från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, verkställande direktör Juha Kaakinen från Sosiaalikehitys Oy och socialdirektör Niina Korpelainen från Kuusankoski stad. Projektet hade till uppgift att utarbeta ett utvecklingsprogram på lång sikt i syfte att trygga en balanserad och kontrollerad utveckling för det sociala området.

Rapporten grundar sig på ett sakkunnigutlåtande av utredarna. I rapporten har tagits med endast de förslag till åtgärder som projektets ledningsgrupp kunde nå stor enighet om. För att vidta de föreslagna åtgärderna behövs tilläggsfinansiering. Finansministeriets representant förband sig inte till de förslag som skulle medföra att statens och kommunernas totala utgifter stiger.

Utredarna bedömde särskilt fyra stora helheter: 1. tillgången till socialservice och servicens kvalitet ur olika befolkningsgruppers synvinkel, 2. tillräcklig och kunnig personal samt arbetspraxis, 3. ordnande av service i kommunerna och samarbete med de övriga förvaltningarna och 4. finansiering och styrning av det sociala området.

Förslagen för att förbättra tillgången till service och servicens kvalitet gällde särskilt tjänster för barnfamiljer och äldre. I fråga om tjänster för barnfamiljer betonades tidigt ingripande, ökat samarbetet mellan basservicen och specialservicen och mångsidigare service. Tilläggssatsningar behövs bl.a. inom barnskyddet och specialdagvården. Den splittrade servicen för långtidsarbets-

<http://www.stm.fi/svenska/pao/publikat/socprojekt/referat.htm>

lösa skall samlas och kommunernas ansvar i fråga om den strukturella arbetslösheten ökas. Be-
träffande tjänsterna för äldre föreslås att äldrevården moderniseras, de äldre ges rätt till en be-
dömning av vårdbehovet, personalsituation inom hem- och institutionsvården förbättras och de
anhöriga ges möjlighet att kortvarigt vårda sina föräldrar.

Personalens kunnande säkerställs med en lagstadgad fortbildningsskyldighet. Arbetspraxisen och
metoderna utvecklas kännbart med ett separat projekt för god praxis. Utredarna föreslår att verk-
samsbetingelserna för nya regionala kompetenscentrum inom det sociala området förbättras
för att de bättre skall kunna stödja arbetet för att utveckla den kommunala servicen. Utnyttjan-
det av datateknologin inom det sociala området skall förbättras.

Socialservicen ordnas på ett mera mångsidigt sätt som ett samarbete mellan kommunerna, orga-
nisationerna och företagen. Klienternas valmöjligheter förbättras t.ex. med hjälp av servicesed-
lar. Specialservicen inom socialvården, dvs. främst barnskydd, missbrukarvård, handikappservi-
ce och specialdagvård, ordnas utgående från ett tillräckligt stort befolkningsunderlag, vid behov
regionalt med hjälp av modellen med en ansvarig centralkommun. Det regionala samarbetet
kartläggs i hela landet före utgången av år 2003.

Den riksomfattande finansieringen och styrningen av socialservicen utvecklas med hjälp av fyra
element. Kommunerna skall garanteras tillräcklig grundfinansiering genom att statens finansie-
ringsandel utökas, även grunderna för att få service stärks. Grunderna för att få service gör till-
gången till service mera förutsägbar ur klientens synvinkel. Utredarna föreslår att man börjar
med servicen för äldre. Den systematiska bedömningen av servicen skall utökas. Utredarna näm-
ner minimistandarder som ett sätt att säkerställa kvaliteten på socialservicen.

Nyckelord

Det sociala området, personal, projekt, socialservice, socialvård

Seriens namn och nummer

Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:11

KVALITETSREKOMMENDATION FÖR BOENDESERVICE FÖR HANDIKAPPADE MÄNNISKOR

Sammandrag

Individuell service, fungerande bostäder och tillgänglig miljö. Kvalitetsrekommendation för boendeservice för handikappade människor. Helsingfors 2003. 60 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2003:5.) ISBN 952-00-1324-5.

Den nationella rekommendationen för boendeservice för handikappade människor är ett led i utarbetandet av kvalitetsrekommendationer enligt punkt 53 i Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003 (TATO). Syftet med rekommendationen är att stödja kommunerna i utvecklingen av boende och boendeservice för personer med funktionshinder. Funktionshinder är ett omfattande begrepp med vilket vi i denna publikation avser en situation i vilken människans förmåga till aktivitet är begränsad på grund av skada eller sjukdom. Funktionshinder betraktas inte som relaterat till en diagnos eller en viss ålder. Boende uppfattas som en grundläggande fråga i en människas liv.

Grunden för rekommendationen är jämställdhet i enlighet med grundlagen. Också klientorientering och en mångsidig syn på boendet har varit utgångspunkter för rekommendationen. Utarbetandet av rekommendationen har inneburit en omfattande arbetsprocess och ett samarbete mellan företrädare för klienter, serviceproducenter, organisationer, kommuner, länsstyrelser, Finlands Kommunförbund, miljöministeriet och social- och hälsovårdsministeriet. Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) har ansvarat för arbetet med beredningen av rekommendationen.

Kommunernas ledning, ledande tjänsteinnehavare och förtroendevalda kan använda den nationella rekommendationen som ett stöd för sitt beslutsfattande och i det praktiska arbetet. Innehållet i rekommendationen är indelat i fem avsnitt med rubrikerna:

- *boendebhoven hos handikappade människor bör beaktas i kommunplanen*
- *den byggda miljön bör vara tillgänglig och fungerande*
- *tillräckligt med tillgängliga och fungerande bostäder bör erbjudas*
- *den offentliga servicen bör vara tillgänglig för alla*
- *jämlikhet uppnås genom individuell service*

Varje avsnitt inleds med en beskrivning av målen, dvs. med rekommendationer, varefter följer en redogörelse för hur målen kan uppnås. I det sista kapitlet behandlar vi utvärdering och uppföljning. Bilagorna innehåller kompletterande material som stödjer rekommendationen.

Nyckelord: boende, boendeservice, handikappade människor, kvalitet, rekommendationer, service

<http://www.stm.fi/svenska/pao/publikat/boserv03/referat.htm>

KVALITETSREKOMMENDATION FÖR MISSBRUKARVÅRDEN

SAMMANFATTNING

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. Helsingfors, 2002. 61 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2002:3) ISBN 952-00-1198-6

Alkoholkonsumtionen har ökat exceptionellt snabbt i Finland och enligt prognoser kommer ökningen att fortsätta under de kommande åren. På grund av den ökade alkoholkonsumtionen ökar även olika olägenheter som förorsakas av alkoholbruk, relativt sett till och med i en ännu snabbare takt. Även narkotikamissbruket ökade i Finland under hela 1990-talet. Olägenheter som förorsakas av andra rusmedel, t.ex. sociala problem och hälsoproblem till följd av missbruk av lugnande eller smärtstillande medel och blandmissbruk, är även de beklagligt vanliga.

Styrningen av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhällets synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en bredbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003, som statsrådet godkände. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att ordna specialtjänster inom mentalvården behövs redan nu överkommunala strukturer, vilket kan ses som en viktig möjlighet då det gäller att säkerställa kvaliteten och tillgången på tjänster. I de detaljerade rekommendationerna för det egentliga klientarbetet har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården och nödvändigheten av strategisk planering, systematisk användning av hela servicesystemet, klientens vilja, rättigheter och speciella behov,

<http://www.stm.fi/svenska/pao/paihdepalvelu/referat.htm>

standarden på lokaliteterna, dimensioneringen av personal samt personalens kunnande och ork, processen för det egentliga klientarbetet samt behovet av uppföljning och utvärdering.

Uppmärksamhet har även separat fästs vid de behov som det växande antalet specialgrupper har, t.ex. minderåriga eller kvinnliga missbrukare samt särskilt mödrar och familjer med rusmedelsproblem. Behovet av service ökar även bland invandrare och andra minoriteter samt sämre lottade missbrukare. Handboken innehåller utöver rekommendationer även bakgrundsinformation om servicesystemet. Även särdragen för missbrukarvården samt grunderna för bedömning av de föreslagna rekommendationerna beskrivs. Förverkligandet av rekommendationen främjas som en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården.

Nyckelord: alkohol, kvalitet, missbrukarvård, narkotika, rehabilitering, rekommendationer, rusmedel, social- och hälsovårdstjänster, vård

KVALITETSREKOMMENDATION FÖR MENTALVÅRDSTJÄNSTERNA

REFERAT

Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna. En redogörelse av gruppen för beredning och uppföljning av mentalvården. Gruppen ingår i Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården (TATO). Helsingfors, 2002. 80 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2001:12) ISBN 952-00-1084-X

Denna publikation är en kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna. Den har utarbetats enligt punkt 53 i Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003 (TATO). Rekommendationen gäller mentalvårdstjänster och mentalvårdsarbete såsom dessa definieras i Mentalvårdslagen (1990), 1§.

Strukturen i rekommendationen bygger på tanken att mentala problem utvecklas som en process. Mentalvårdstjänster bör stå till förfogande under alla skeden i processen: resurser och kunskande bör sättas in för att ge patienter kraft att klara sig i livet, för att reda ut psykosociala problem och ge stöd, för att upptäcka mentala störningar i ett tidigt skede och för att tillhandahålla effektiv vård och mångsidig rehabilitering. Den utmaning mentalvårdsarbetet utgör berör många livsområden och på samma gång alla de kommunala verksamhetsområden som innebär kontakt med kommuninvånarna och med deras villkor. Av denna orsak tangeras verksamheten inom flera olika arbetsfält utöver hälsovården.

I rekommendationen har man delat upp fältet i kommuninvånarens och patientens behov och i de tjänster och arbetsmetoder som bäst kunde hjälpa den som behöver hjälp samt i de krav som den uppskisserade verksamheten ställer på beslutsfattare och förvaltning. Emedan ansvaret för verksamheten vilar på beslutsfattare och yrkesfolk har rekommendationerna främst riktats till dessa.

Då rekommendationen gäller hela riket och är avsedd att passa i olika förhållanden är den allmänt hållen och behandlar främst huvudpunkter. Den är en kontrollista som konkretiseras då den tillämpas på det lokala planet. Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes startade, som en del av TATO -projektet, ett regionalt utvecklingsprojekt med hjälp av vilket rekommendationerna preciseras och begagnas i planeringen. I synnerhet indikatorerna förutsätter ett eget nytt arbetsskede.

Nyckelord: hälsovårdstjänster, kvalitet, mental hälsa, mentalvårdsarbete, rekommendationer

Pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 110/2003

8.4.2003

Förslag till ändring av systemet för läkemedelsersättning

Arbetsgruppen som haft i uppgift att utreda systemet för läkemedelsersättning föreslår att det i stället för nuvarande tre ersättningsklasser finns bara två.

För närvarande får patienten för läkemedel som läkare har ordinerat antingen grundersättning, 50 procent, lägre specialersättning som är 70 procent eller högre specialersättning som är 100 procent av läkemedlets pris. Arbetsgruppen föreslår att systemet ändras så att läkemedlet antingen ersätts med grundersättning som är 50 procent av priset eller specialersättning som är 90 procent av priset. De läkemedel som överhuvudtaget inte ersätts hör enligt förslaget som till en s.k. nollersättningsklass. Kliniska näringspreparat hör enligt förslaget till grundersättningsklassen. De hör för närvarande till antingen grund- eller specialersättningsklassen. Arbetsgruppen föreslår att lagändringen träder i kraft vid ingången av år 2006.

Högre grundersättning, färre läkemedel inom specialersättningsklassen

Efter ändringen hör färre läkemedel till specialersättningsklassen medan grundersättningsklassen blir något större då vissa läkemedel som nu hör till specialersättningsklassen flyttas hit. I regel kommer de läkemedel som nu hör till den högre specialersättningsklassen samt vissa läkemedel i den lägre specialersättningsklassen att ingå i samma specialersättningsklass. I praktiken kommer nivån för grundersättning att vara högre än för närvarande. Den slutliga grundersättningen har på grund av de fastställda självriskandelarna i genomsnitt varit cirka 42 procent. Man kommer nästa höst att på basis av utlåtanden från medicinska specialister fastställa vilka läkemedel omfattas av specialersättning.

Enligt förslaget kommer naturmedicinpreparat, homeopatiska och antroposofiska preparat som redan nu faller utanför FPA:s ersättningssystemet att fortfarande höra till nollersättningsklassen. Det utgår inte ersättning om läkemedlet inte ordinerats för en viss sjukdom, om den inte är till stor nytta med tanke på vården eller om det används tillfälligt. Ersättning utgår inte heller om det fastställda partipriset på läkemedlet inte är skäligt.

Ändringsförslagen har riktats på hur nödvändig läkemedelsvård vid svår och långvarig sjukdom skall ersättas. Men enligt förslaget kommer nivån på den genomsnittliga ersättningen inte att ändras.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2637.htm>

Fastställd självrisk blir procentuell

Arbetsgruppen föreslår att patientens självriskandel fastställs på procentuell basis. För närvarande gäller sjukförsäkringsersättningsprocenten det pris som överstiger den fastställda självriskandelen om 5–10 procent per inköp. Enligt förslaget faller självrisken bort och den ersättnings om Folkpensionsanstaltens betalar uträknas direkt i procent av läkemedlets pris. Systemet blir därmed redigare för kunderna. Det fasta självriskandelssystemet i vårt land har ur europeisk synvinkel varit säregen.

Den årliga självriskandelen, det s.k. betalningstaket kvarstår för att patientens kostnader för läkemedelsvård skall förbli skäligen. Den årliga självriskandelen föreslås vara cirka 600 euro. Men enligt förslaget betalar patienten en fast självriskandel om cirka två euro per inköp som överstiger betalningstaket. Därigenom hoppas man också förebygga onödiga läkemedelsköp.

Arbetsgruppen har i sitt arbete tillgodogjort sig rapporter och utlåtanden som utredaren, professor Pauli Ylitalo samt arbetsgruppen för läkemedelsersättningssystemet 2000 framställt. Till förslaget har dessutom bifogats regeringens proposition om ändring av lagen om sjukförsäkring. Eftersom ändringen av ersättningssystemet kräver ytterligare medicinska utredningar har förslaget inte ännu slutlig formulering. Men arbetsgruppen föreslår i alla fall att regeringen senast våren 2004 ger en proposition och att lagändringen träder i kraft vid ingången av år 2006.

Arbetsgruppens promemoria med bilagor finns på finska på social- och hälsovårdsministeriets webbplats <http://www.stm.fi/> under Julkaisut/Uutta. Redaktionsexemplar fås av informatör Maj Krogell-Haimi tfn 09-1607 3124, maj.krogell-haimi@stm.vn.fi

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2637.htm>

Skäl att förnya sjukförsäkringens finansieringsprinciper

Tjänstemannaarbetsgruppen som utrett finansieringen av folkpensions- och sjukförsäkringen anser att det är viktigt med permanent fastställda finansieringsprinciper i synnerhet beträffande sjukförsäkringen. Arbetsgruppens uppgift var att ge förslag till klarare finansieringsstruktur samt balanserad och tryggad finansiering på längre sikt beträffande folkpensions- och sjukförsäkringen. Arbetsgruppen överlämnade sitt förslag till social- och hälsovårdsministeriet fredagen den 4 april 2003.

I utredningen av finansieringen av sjukförsäkringen har arbetsgruppen enligt uppdrag utgått från att finansieringen blir redigare om den delas upp i förvärvsinkomst- och sjukförsäkring. Arbetsgruppen föreslår att förvärvsinkomstförsäkringen, m.a.o. arbetsinkomstförsäkringen finansieras med de försäkringspremier och avgifter som löntagare och arbetsgivare erlägger enligt löneinkomst. Dessutom föreslår arbetsgruppen att sjukförsäkringen gäller hela befolkningen, vilket breddar finansieringsgrunden. Därmed deltar också pensionstagare och personer som erhåller sociala förmåner i finansieringen av sjukvårdskostnaderna.

Då arbetsgruppen granskat olika alternativ för finansieringen av sjukförsäkringen har den strävat efter en förstärkt försäkringsprincip och en större insyn i finansieringen. En starkare försäkringsprincip blir faktum genom att det i regel för att erhålla sjukförsäkringsförmåner krävs att försäkringspremien är betald. Dessutom skall försäkringspremiernas storlek bättre än för närvarande relateras till försäkringsrisken. Insynen i finansieringen blir för sin del större genom att redovisningen av mervärdesskatt direkt till Folkpensionsanstalten slopas. I sitt förslag har arbetsgruppen utgått från att den nya finansieringsstrukturen då den träder i kraft varken skulle påverka skattenivån eller finansieringsförhållandet mellan arbetsgivare, försäkrade och staten.

Nedan arbetsgruppens exempel på en finansieringsmodell som beaktar ovannämnda förslag:

Sjukförsäkringsförmåner som hör till arbetslivet (sjukpenning, föräldrapenning, rehabilitering för anställda samt företagshälsovård):

Utgifterna för dagpenningen finansieras till 70 procent och företagshälsovården i sin helhet med arbetsgivarens sjukförsäkringsavgift

30 procent av dagpenningarna finansieras med en ny försäkringspremie på arbetsinkomst, som löntagare och företagare betalar och som är avdragbar vid beskattningen.

Staten finansierar sjukförsäkringens minimidagpenning.>br>

Den sjukförsäkringsavgift för arbetsgivare som statliga arbetsgivare och landskapet Åland betalar sänks till samma nivå som sjukförsäkringsavgifterna för övriga arbetsgivare

Utgifterna för sjukvårdsförsäkringen

90 procent av utgifterna täcks med inkomst från de sjukvårdsförsäkringspremier som alla försäkrade betalar och som ersätter nuvarande sjukförsäkringspremie för försäkrade.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2637.htm>

Staten finansierar EU-ersättningarna samt till 10 procent sjukvårdersättningarna, då den svarar för finansieringen av sjukvårdsförmåner till personer som på grund av små inkomster vid den kommunala beskattningen inte genom att betala sjukförsäkringspremie deltar i finansieringen av sina förmåner.

I finansieringsmodellen ingår dessutom följande

Mervärdesskatt redovisas inte till sjukförsäkringsfonden.

Det görs inga fondöverföringar mellan sjukförsäkringsfonden och folkpensionsfonden.

Minimum för sjukförsäkringsfondens nettofinansieringstillgångar höjs till en nivå som tryggar likviditeten. I sista hand tryggar staten likviditeten, som för närvarande.

Då reformen i sin helhet trätt i kraft innebär finansieringsmodellen i praktiken

Arbetsgivares sjukförsäkringsavgift höjs till cirka 2,05 procent av lönen. Förhöjningen om cirka 0,45 procentenheter kompenseras genom motsvarande sänkning av arbetsgivares folkpensionsavgift.

Den försäkrades inkomstförsäkringspremie är cirka 0,75 procent av den löneinkomst som förskottsinnehållning verkställs på och också av företagares arbetsinkomst.

Sjukvårdsförsäkringspremien är cirka 2,35 procent av den förvärvsinkomst som beskattas vid den kommunala beskattningen.

Den försäkrades avgifter stiger från nuvarande 1,50 procent till i genomsnitt 3,00 procent av den beskattningsbara förvärvsinkomsten. Detta kompenseras dock genom att grunderna för beskattningen av den försäkrade ändras så, att skattesatsen inte stiger.

Redovisningen av mervärdesskatt till Folkpensionsanstalten slopas helt (för närvarande uppgår beloppet som redovisas till cirka 1.000 miljoner euro årligen).

Beträffande folkpensionsförsäkringen föreslår arbetsgruppen att Arbetsgivares folkpensionsavgift sänks gradvis då det är ekonomiska möjligt utan att äventyra finansieringen av folkpensionsförsäkringen.

Utgifterna för sjukförsäkringen uppgår år 2003 till cirka 3,1 miljarder euro. Av utgifterna uppgår arbetsinkomstförsäkringen totalt till cirka 1,4 miljarder euro. Utgifterna för sjukvårdsförsäkringen uppgår totalt till cirka 1,5 miljarder euro. Folkpensionsanstaltens verksamhetskostnader utgör cirka 0,2 miljarder euro av sjukförsäkringens utgifter.

Rådgivningsbyråerna för barnavård – mångsidiga stödande nätverk för barn och familjer

En arbetsgrupp har publicerat en riksomfattande handbok om hur arbetet på rådgivningsbyråerna för barnavård borde utvecklas.

Mot ett effektivare och intensivare mångprofessionellt familjearbete

Arbetsgruppen föreslår kommunala eller regionala utredningar om hur service avsedd för barnfamiljer kunde samlas under en gemensam s.k. familjeservicecentral eller i ett nätverk. I planeringskedet skulle familjeservicens huvudaktörer fastställas, samt deras ansvar och förhållande till kommunens välfärdspolitik och barnpolitiska program. Verksamhetsidén för familjeservicecentralen är att utvidga samarbetet mellan hem, rådgivningsbyrå, daghem, socialarbete och hälsovård, samt mellan frivilligorganisationer och församlingar beroende på lokala omständigheter. Rådgivningsbyråerna skulle höra under familjeservicecentralen eller ingå i familjeservicenätverket men med nuvarande verksamhetsbas. Hälsovårdaren och läkaren är huvudaktörer på rådgivningsbyrån. Expertisen från det sociala området skulle kompletteras genom att fortbilda grundutbildad social- och hälsovårdspersonal som därefter jämsides med hälsovårdaren skulle hjälpa familjer med behov av stöd.

Det behövs verksamhetsmodeller som ger resultat och som aktiverar familjen

I många undersökningar betonas åtgärder som stöder positiv växelverkan mellan spädbarn och föräldrar. Sund växelverkan i spädbarnsåldern anses avgörande för barnets emotionella och intellektuella utveckling. Det individuella stöd som rådgivningsbyrån för barnavård ger familjen i detta utvecklingsskede kan vara avgörande. Genom att grunda grupper för familjer i samma livssituation, öka familjearbetet samt uppmuntra papporna till större aktivitet kunde stödet för familjen fortsätta från graviditeten ända upp i trotsåldern. Hembesöken betydelse borde övervägas på nytt. Många kommuner har på grund av sparåtgärder slopat hembesöken, trots att undersökningar påvisar att rådgivningsbyrån tack vare besök i familjens vardagsmiljö har goda möjligheter att hjälpa.

Förmåga att uppdaga och hjälpa familjer med särskilt behov av stöd

Rådgivningsbyråerna borde följa upp alla småbarnsfamiljer eftersom familjens situation snabbt kan förändras. För familjer med särskilt behov av stöd borde det mångprofessionella familjearbetet utvecklas. Rådgivningen borde oftare ta emot dessa familjer och ge dem mera tid samt systematiskt stöda familjen genom hembesök av familjearbetaren.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2556.htm>

Förmåga att ingripa i problematiska familjesituationer

För att kunna ingripa i problematiska situationer, t.ex. problem i parrelationen, föräldrarnas alkohol- eller narkotikamissbruk, familjevåld eller depression efter förlossning, krävs dristighet, högre kompetens, handledning och utsedda ansvariga. Av rådgivningsbyråerna väntas allt oftare förmåga att ge stöd och råd om barnet är rastlöst, har beteendestörningar eller andra problem förknippade med uppväxten.

Verksamheten måste säkerställas

För att verksamheten rimligen skall kunna tryggas föreslår arbetsgruppen på basis av uträkningar, att barnantalet per hälsovårdare som arbetar heltid borde vara högst 400 och barnantalet per läkare högst 2800. För närvarande är rekommendationen 400 respektive 3200 barn (under skolåldern) men i praktiken är antalet mycket större. Det finns inga exakta kalkyler, men enligt vissa uppgifter uppgår barnantalet per hälsovårdare på många orter till 500 - 600 barn. Slutligen betonar arbetsgruppen att personalens fortbildning, utvecklingsarbetet och kvalitetsuppföljningen samt arbetsledningen måste ses över på rådgivningsbyråerna för barnavård. Enligt arbetsgruppen är arbetet på rådgivningsbyråerna relativt billigt. På basis av uppgifter från några kommuner kostar hela uppföljningen per barn cirka 600-1000 euro.

Handboken om hur verksamheten på rådgivningsbyråerna borde utvecklas är relativt omfattande och innehåller bl.a. detaljerade anvisningar avsedda för det dagliga arbetet. För de kommunala beslutsfattarna finns dessutom ett särskilt kapitel där mångprofessionellt arbete på rådgivningsbyråerna rekommenderas och resurserna beskrivs.

Omsorgsminister Eva Biaudet på Läkardagarna: Arbetet på hälsocentralerna bör tas till heders!

Vårdgaranti år 2005

För gemene man eller kvinna är vissheten om att säkert få vård det mest väsentliga i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Villkoren för rätten att få vård skall vara godtagbara och allmänt kända på förhand. De skall utgå från vårdbehovet och från kravet på likställighet. Det praktiska handlandet skiljer sig för närvarande i många avseenden, men inte på acceptabla grunder. För att minska skillnaderna i möjligheterna att få vård kommer social- och hälsovårdsministeriet att tillsammans med Finlands Kommunförbund inom detta år bereda riksomfattande anvisningar om hur icke brådskande vård och köhanteringen skall skötas. Likställighetskravet angående möjligheterna att få vård gäller vård vid hälsocentral, tjänster inom mentalvården samt undersökningar och behandling inom den specialiserade sjukvården. Om kommunen där personen är bosatt inte inom utsatt tid kan ordna vård skall kommunen utan att ändra klientavgiften skaffa tjänsterna från andra tjänsteproducenter. Avsikten är rätten till vård inom rimlig tid skall stadgas i lag före år 2005.

En klarläggning av rätten till vård innebär inte att beslut angående vården framledes skulle fattas av en domstol. Precis som hittills kommer det också i framtiden att vara läkaren som på basis av vårdbehovet avgör hurudan vård patienten skall få. De senaste årens sparåtgärder och sämre övervägda tolkningar av kommunernas och samkommunernas avtal har lett till situationer, där den vård som läkaren ansett nödvändig har äventyrats under förevändningar om kommunens svåra ekonomiska läge.

Vårdgarantin kommer att precisera kommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster och förbättra patienternas likställighet. Likställigheten gäller också rätt till tjänster på sitt eget modersmål.

Behov av kunnig personal inom hälso- och sjukvården

I framtiden kommer den centrala frågan inom hälso- och sjukvården att vara hur tillgången på personal på hälsocentraler och sjukhus kunde tryggas. Förutsättningen för att vård inom rimlig tid skall kunna garanteras är att det finns tillräckligt många läkare och sjukvårdare överallt i landet. I vårt land finns för tillfället flera läkare än någonsin tidigare. Trots detta ökar antalet obesatta tjänster i snabb takt. Det är nu hög tid att de offentliga arbetsgivarna inser faktum att intresset för hälsocentralarbete måste väckas. Arbetsförhållandena, sammanjämkningen av arbete och familjeansvar, arbetsplatsmiljön och ledarskapet kräver förbättringar. Även inom sjukhusens personalpolitik är någonting på tok. Min fråga lyder: hur kan stadigvarande uppgifter till största delen skötas av personer som arbetar korttid. Inom hälso- och sjukvården gäller samma regler som inom arbetslivet i övrigt: god personalpolitik innebär att stadigvarande uppgifter sköts av stadigvarande personal.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2452.htm>

Större resurser behövs för hälso- och sjukvården

I Finland har man äntligen nått politisk enighet om att hälso- och sjukvården ofrånkomligt behöver mera pengar, inte bara effektivare insatser. Enligt OECD:s färsk statistik har Finland strax efter Spanien, Grekland och Portugal de lägsta hälso- och sjukvårdsutgifterna inom EU. Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av bruttonationalprodukten är 6,6 procent medan det i EU-länderna i genomsnitt är 8,0 procent. Enligt europeiska mått har den finländska hälso- och sjukvårdens finansieringsställningen avsevärt försämrats under de senaste tio åren. Högre finansieringen av hälso- och sjukvården är inget självändamål, men avsikten kan inte heller vara en finansieringskris inom hälso- och sjukvården. Hoppeligen kommer det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet att få ordning på hälso- och sjukvårdens struktur och finansiering.

Målet är ökat välbefinnande i samhället

Målet för hälsopolitiken är ökat välbefinnande och bättre verksamhetsförmåga bland befolkningen. Mången hälsocentralläkare grubblar över hur de kunde få patienterna att minska konsumtionen av rusmedel och tobak. Yrkesfolket inom socialsektorn skickar samma budskap; familjevåld, utslagning och arbetslöshet hör ofta ihop med bruket av rusmedel. T.ex. vid ingripande i bruket av rusmedel och i dess följder är ett friktionsfritt samarbete mellan social- och hälsovården ytterst nödvändigt. Många missbrukare lider av oåtgärdade mentala problem. Genom bättre fungerande mentalvårdstjänster kunde social- och hälsovården ytterligare förebygga rusmedelsmissbruket. Utmaningarna inom missbrukarvården pekar på hur nära insatserna inom hälso- och sjukvården hör ihop med socialarbetet. Ett viktigt mål för både socialpolitiken och hälsopolitiken är ett ökat välbefinnande och bättre verksamhetsförmåga bland befolkningen. Arbetslösheten är fortfarande ett stort nationellt problem. Utan social- och hälsovårdens stödåtgärder för arbetslösa kommer vi dock inte att hitta roten till det onda problemet. Det är viktigt att det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet avancerar sida vid sida med det sociala utvecklingsprojektet och öppet för sändig dialog.

Lagändringar inom social- och hälsovården 1.1.2003

Vid årsskiftet träder många nya lagar i kraft som gäller social- och hälsovårdens förvaltningsområde. Dagpenningarnas minimibelopp stiger. Det blir lättare att förena arbete och familjeansvar. Självriskandelen blir högre vid engångsinköp av läkemedel. Varken hälsocentral- eller sjukhusavgifterna ändras. Avgångsbidraget avskaffas och ersätts med förhöjd inkomstrelaterad dagpenning.

Nästa år smidigare familjeledighet

År 2003 blir det lättare att förena arbete och familjeansvar. Faderskapsledigheten förlängs med 12 vardagar om fadern håller ledigt minst de 12 sista vardagarna av föräldraledigheten. På så sätt har fadern möjlighet att vara ledig fyra veckor utan avbrott utöver den nuvarande faderskapsledigheten om 18 vardagar. Rätt till den förlängda faderskapsledigheten har de familjer vars föräldrapenningperiod tar slut efter att lagen trätt i kraft.

Från början av nästa år kan föräldrar också vara samtidigt partiellt föräldralediga, dock så att bara en förälder vårdar barnet åt gången. Dessutom får företagare delvis rätt till föräldrapenning. Därtill blir det flera möjligheter till föräldraledighet för flerlingsfamiljer.

Ändringarna gäller faderskapsledighet, faderskapsledighet för adoptivfäder, föräldraledighet och familjeledighet för flerlingsfamiljer.

Minimibeloppet för sjuk- och föräldrapenningen höjs

Sjukpenningen och rehabiliteringspenningen samt moderskapspenningen, den särskilda moderskapspenningen, faderskapspenningen, föräldrapenningen och specialvårdspenningen höjs vid årsskiftet från 10,9 euro till 11,45 euro. Dessutom ändras villkoren så att dagpenningen för en arbetslös person som blir familjeledig är minst lika stor som arbetslöshetsförmånen. Minimidagpenningarna höjdes föregående gång år 1996. Föräldrapenningen är en universal förmån som betalas till låginkomsttagare eller mindrebemedlade under föräldraledigheten.

Underhållsbidraget och underhållsstödet oförändrat

Angående underhållsbidrag eller underhållsstöd görs inga indexjusteringar vid årsskiftet då ändringen av levnadskostnadsindexet var endast 2,8 procent.

Jämlik ställning för barn med förlängd läroplikt

Många handikappade eller svårt sjuka barn hinner inte igenom grundskolan inom den normala tiden om 9 år. Dessa barn inleder därför sin skolgång redan som 6-åringar och skolgången tar

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2445.htm>

upp till elva år. Barn med förlängd läroplikt blir nu jämlika med barn i samma åldersklass då barnets föräldrar härfter har rätt att välja mellan kommunal dagvårdsplats, stöd för vård av barn i hemmet eller stöd för privat dagvård under det första läropliktsåret.

Utskänkingsrätten begränsas

Beviljande av tillstånd för utskänkning i samband med fritidsaktiviteter avsedda för barn och unga eller hela familjen, under idrottsevenemang samt på matserveringar på arbetsplatser kommer att begränsas. I dessa fall kan utskänkningen flyttas till ett annat område eller ansökan kan helt förkastas. Begäran om tillstånd för utskänkning kan också förkastas om utskänkningen medför störningar, ss. skräll och bullersamhet på uteserveringar eller utanför restauranger.

Självrisk för läkemedel stiger

Självriskandelen vid engångsinköp av läkemedel stiger vid årsskiftet. Självriskandelen för läkemedel för vilka det betalas grundersättning stiger från 8,41 euro till 10 euro per inköp. För läkemedel för vilka betalas specialersättning höjs självriskandelen från 4,2 euro till 5 euro. Den årliga självriskgränsen stiger på grund av högre levnadskostnadsindex från 594,02 euro till 601,15 euro. Grundersättningen för läkemedel är vid varje inköpstillfälle 50 procent av det belopp som överstiger självriskandelen om 10 euro. Specialersättning för läkemedel är 75 procent av det belopp som överstiger 5 euro vid varje inköpstillfälle. Läkemedel som ersätts till 100 procent är gratis till det belopp som överstiger självriskandelen om 5 euro per inköpstillfälle.

Läkemedel till nedsatt pris åt veteraner

Från och med den 1 januari 2003 kan personer med frontmannatecken, fronttjänsttecken, fronttecken, veterantecken eller personer som deltagit i minröjning få 10 procent rabatt på läkemedel. Rätten till rabatt gäller dock inte de läkemedelsinköp som görs efter att gränsen för den årliga självriskandelen har överskridits och inte heller läkemedel som enligt sjukförsäkringslagen berättigar till specialersättning eller är betydande och dyra läkemedel. Dessutom får apoteken också i fortsättningen ge stamkundsrabatter.

Hälsocentral- och sjukhusavgifterna oförändrade år 2003

Lindrigare villkor vid förnyande av inkomstrelaterad dagpenning

De löntagare som tidigare fått inkomstrelaterad dagpenning kommer från årsskiftet att på lindrigare villkor på nytt få dagpenning. Arbetsvillkoret är för deras del uppfyllt efter en arbetsperiod om åtta månader mot tidigare tio månader. För andra sökande är arbetsvillkoret fortfarande tio månader och dessutom förlängs granskningsperioden för arbetsvillkoret till två år och fyra månader för deras del. Förlängningen är fyra månader.

Utkomstskydd för arbetslösa upp till 65 års ålder

En person som är född år 1950 eller därefter kan efter årsskiftet få utkomstskydd för arbetslösa ända till 65 år (s.k. rätt till tilläggsdagar) mot nuvarande 60 år. Samtidigt avskaffas arbetslöshetspensionen. Rätten till tilläggsdagar ges dem som fyllt 59 år och som har bakom sig minst en

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2445.htm>

femårig arbetsperiod under de senaste 20 åren. Om personen arbetat 20 år eller längre är den inkomstrelaterade dagpenningens förtjänstdel för tilläggsdagarna 32,5 procent.

Smidigare system för jämkade arbetslöshetsförmåner

För dem som har tillfälliga heltidsjobb kommer situationen att förbättras genom ändringar av den jämkade arbetslöshetsdagpenningen. Rätt till jämkad arbetslöshetsdagpenning gäller arbetsförhållanden som tagits emot på heltid för högst två veckor. Dessutom kan jämkad dagpenning beviljas för längre tid än hittills åt personer som arbetar i tur och ordning heltid och deltid i kortare arbetsförhållanden. Därtill kan jämkad dagpenning framledes erläggas i förskott före det formella beslutet. Enligt övergångsbestämmelserna kan jämkad arbetslöshetsförmån utbetalas ända till den 30 september 2003 även om maximitiden (36 månader) för utbetalningen har gått ut.

Förhöjd inkomstrelaterad dagpenning i stället för avgångsbidrag

Det s.k. avgångsbidragssystemet avskaffas den 1 januari 2003. Avgångsbidraget ersätts med en förhöjd förtjänstdel av den inkomstrelaterade dagpenningen. Förhöjd inkomstrelaterad arbetslöshetsdagpenning betalas för högst 150 dagar åt en person som blivit uppsagd av ekonomiska eller produktionsmässiga orsaker, förutsatt att personen har arbetat minst 20 år och varit minst fem år medlem i en försäkringskassa. Vuxenutbildningstillägget till avgångsbidraget ersätts med högre arbetskraftspolitiska sysselsättningsstöd och med utbildningsstöd för arbetslösa.

Ny arbetarskyddslag träder i kraft

Den nya arbetarskyddslagen förpliktar arbetsgivare och arbetstagare att främja en sund och säker arbetsmiljö. I lagen har uppmärksamhet fästs på åldrandet; bättre arbetsmiljö och arbetsförhållanden för att trygga arbetstagarens arbetsförmåga under hela arbetskarriären. De nya bestämmelser gäller bl.a. förebyggande av risker för våld i arbetet och förbud mot all form av trakassering.

Arbetspensionspremierna höjs

Arbetspensionspremierna höjs en aning år 2003. Den genomsnittliga arbetspensionsförsäkringspremien höjs år 2003 till 21,4 procent av lönerna. Højningen är 0,3 procentenheter från år 2002. Försäkringspremien består av arbetsgivarens premie som är 16,8 procent och av arbetstagarens premie som är 4,6 procent. År 2003 stiger arbetsgivarens betalningsandel med 0,1 procentenheter och arbetstagarens med 0,2 procentenheter. Försäkringspremierna för företagare och lantbruksföretagare bestäms på grundval av den genomsnittliga pensionsförsäkringspremien för arbetstagare. Pensionspremieprocenten stiger år 2003 med 0,3 procent 21,4 procent. Dessutom sänks beräkningsgrundens ränta från 5,25 procent till 4,25 procent. Räntan gäller undantagsvis bara till den 30 juni 2003.

Arbetsgivares socialskyddsavgifter stiger

Arbetsgivares socialskyddsavgifter som hänför sig till lön som skall betalas stiger en aning vid årsskiftet. Arbetsgivares socialskyddsavgiften för privata arbetsgivare och statliga affärsinrättningar är i början av nästa år 2,964 procent, 5,164 procent eller 6,064 procent av lönen beroende på avskrivningar och lönebelopp. Hos kommuner och kyrkan är socialskyddsavgiften i början av året 4,014 procent. Hos staten och offentligrättsliga inrättningar är avgiften 6,814 procent av lönen. Dessa avgifter tillämpas på lönerna till slutet av år 2005.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2445.htm>

Pensionstagares extra sjukförsäkringspremie bortfaller

Tillägget om 0,4 procent som pensionstagare har betalat till sjukförsäkringspremien faller bort 1.1.2003. Både pensionstagares och löntagares sjukförsäkringspremie är därmed 1,5 procent av den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattning. För privata arbetsgivare kommunala och kyrkliga arbetsgivare samt kommunala affärsverk är den nya sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare 1,614 procent av lönen (för närvarande 1,60%). För staten och dess affärsverk samt för landskapet Åland är avgiften 2,864 procent av lönen (för närvarande 2,85%). Dessa avgifter tillämpas på de avgifter och premier som betalas på basis av lönerna och arbetsinkomsten under åren 2003–2005.

Arbetsgivares folkpensionsavgift ändras inte.

Arbetslöshetsförsäkringspremierna sänks

Både arbetsgivares och löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie sänks vid ingången av år 2003. Arbetsgivares arbetslöshetsförsäkringspremie sänks från nuvarande 0,7 procent till 0,6 procent av lönen för lönebelopp upp till 840 940 euro. För den del av lönebeloppet som överstiger 840 940 euro sänks premien från 2,7 procent till 2,45 procent. Löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie sänks från 0,4 procent till 0,2 procent av lönen.

Indexhöjningar

Arbetspensionerna och andra förmåner som är bundna till APL-indexet stiger i början av nästa år cirka 2,4 procent. Ålderdomspensionerna stiger cirka 1,7 procent. APL-indexen för år 2003 är 2103 för personer under 65 år och 2002 för personer över 65 år. Folkpensionsindexet höjs med 1,2 procent. Varken barnbidrag, stöd för vård av barn i hemmet eller stöd för privat vård är indexbunden.

Utkomststödets grunddel stiger

Utkomststödets grunddel stiger med 1,2 procent. Grunddelen för en ensamförsörjare som bor ensam är 374,92 euro i den första kommungruppen och 358,79 i den andra.

Social kreditgivning lagstadgad

Lagen om social kreditgivning träder i kraft vid årsskiftet. Avsikten med den sociala kreditgivningen är att förebygga ekonomisk utslagning och överskuldssättning samt att främja möjligheterna för personer och familjer att klara sig på egen hand. Den sociala kreditgivningen blir en del av den kommunala social servicen. Genom den nya lagen kommer det sociala kreditgivningssystemet att grunda sig på samma principer i alla kommuner i landet.

Större stöd för närståendevård och familjevård

Vårdarvodet som betalas som stöd för närståendevård stiger vid årsskiftet med 2,4 procent. Det lägsta vårdarvodet stiger till 224,20 euro i månaden. Arvodet för familjevård stiger med 2,4 procent. Familjevårdarnas vårdarvode är från början av år 2003 minst 225 euro i månaden och högst 673 euro, eller 337 euro per person som vårdas i familj. Den lägsta kostnadsersättningen är 300 euro och den högsta 599 euro i månaden per person som vårdas.

En semesterdag till åt lantbruksföretagare

Lantbruksföretagarnas semester blir en dag längre vid ingången av nästa år. Efter ändringen kommer semestern att vara 24 dagar per kalenderår. Lantbruksföretagare som bedriver kreatursskötsel som huvudsyssla är berättigade till semester.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2445.htm>

Flera krigsinvalider med i det kommunala servicesystemet

Lagen om skada erhållen i militärtjänst ändras så, att kommunernas öppna service för krigsinvalider härfter även omfattar krigsinvalider med en invaliditetsgrad om 25 %. Tidigare var kravet en invaliditetsgrad om 30 %. Lagändringen ökar antalet förmånstagare med cirka 1300 krigsinvalider.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2445.htm>

Högre statsandel till kommunerna för social- och hälsovården

Regeringen föreslår att statens andel av driftskostnaderna för den kommunala social- och hälsovården höjs år 2003. Ändringen hör till den inkomstpolitiska uppgörelsen.

Enligt regeringens proposition till riksdagen i september föreslås att statsandelen för social- och hälsovården höjs med 1,51 procentenheter från 25,36 procent till 26,87 procent av de kalkylerade kostnaderna. I anslutning till den nya inkomstpolitiska uppgörelsen för åren 2003–2004 föreslås nu att statsandelsprocenten ytterligare höjs med 0,14 procentenheter jämfört med propositionen som avläts i september och som är under behandling i riksdagen. Regeringen föreslår m.a.o. att statsandelsprocenten för år 2003 sammanlagt höjs 1,65 procentenheter till 27,01 procent. Höjningen av statsandelen ökar statens andel år 2003 med cirka 174,5 miljoner euro, av vilket det tillägg som nu föreslås utgör 15 miljoner euro.

Regeringen fattade tisdagen den 3 december beslut om innehållet i kompletteringen av propositionen. Avsikten är att republikens presidenten samma dag avlåter propositionen till riksdagen. Propositionen hänför sig till statsbudgetproposition och dess andra komplettering för år 2003.

Socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten i Finland näst lägst i Norden

I Danmark sjönk socialutgifterna i likhet med Finland. I Island och Norge ökade däremot socialutgifterna i snabb takt: reellt ökade utgifterna med drygt 5 procent. I Sverige stannade ökningen på 2 procent.

Som en följd av den ökande ekonomiska tillväxttakten minskade socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten i alla nordiska länder utom i Island. Jämfört med bruttonationalprodukten låg Finlands socialutgifter år 2000 på en nivå som i nordiskt perspektiv var näst lägst, d.v.s. 25,2 procent. I Sverige var socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten år 2000 störst i de nordiska länderna, d.v.s. 32,2 procent. I Danmark var motsvarande siffra 28,7 i Norge 25,3 och i Island 19,7 procent. År 1999 utgjorde socialutgifterna i EU-länderna i snitt 27,5 procent av bruttonationalprodukten.

Också år 1999 var socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten i Finland lägre än medeltalet i EU-länderna. När man ser till den verkliga köpkraften låg socialutgifterna i Finland omräknat per invånare på en nivå som något underskred medeltalet i Europa.

Enligt den statistik för hälsovårdsutgifter som Stakes upprätthåller uppgick de totala utgifterna för hälsovård år 2000 till 8,7 miljarder euro, vilket reellt sett är 1,5 procent mera än året innan. Omräknat per invånare var utgifterna 1 681 euro. Mest ökade utgifterna för mediciner och investeringar. Hälsovårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten var 6,6 procent, d.v.s. 0,3 procentenheter lägre än året innan. Från mitten av 1990-talet har utgifterna för hälsovård visserligen ökat jämnt men år 2000 låg de i alla fall kvar på en nivå som motsvarar nivån före den ekonomiska nedgången.

Sysselsättningsgraden är lägst i Finland

Jämfört med de övriga nordiska länderna var arbetslösheten år 2000 fortfarande högst och sysselsättningsgraden lägst i Finland – hos oss deltog 66 procent av de personer som är 16–64 år i arbetslivet. I Island fortsatte andelen sysselsatta personer att växa och uppgick till 87 procent. Under de senaste åren har andelen sysselsatta personer i Norge och Danmark varit cirka 77–78 procent. Också i Sverige ökade sysselsättningsgraden något och ligger nu på 74 procent. I Sverige är målet att fram till år 2004 höja sysselsättningen till 80 procent. Den nuvarande regeringen i Finland strävar efter en sysselsättningsgrad på 70 procent.

I alla nordiska länder har sysselsättningen utvecklats i positiv riktning, vilket också återspeglade sig i en märkbar minskning av statens arbetslöshetsutgifter. Utgifterna för arbetslöshet sjönk i Island och Sverige med cirka 20 procent, i Finland med 8 procent och i Danmark med 5 procent. Däremot ökade de här utgifterna i Norge med 10 procent i första hand till följd av att utgifterna i samband med en aktiverande sysselsättningspolitik ökade.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2307.htm>

Utgifterna för invalidpension/förtidspension har minskat i Danmark och Finland

När arbetskraftsandelarna har ökat har sjukfrånvarona och antalet personer som är på invalidpension ökat märkbart i Norge, Sverige och Island. År 2000 registrerades i Norge jämfört med de andra nordiska länderna det största antalet personer med invalidpension, d.v.s. 9,0 procent av de personer som var i arbetsför ålder. Också i Sverige har antalet personer som är på förtidspension blivit flera när man jämför med Finland och då man beaktar de perioder då en rikssvensk person har fått sjukdagpenning i över ett års tid, vilket är den tidsperiod som motsvarar invalidpensionerna i Finland. För att avhjälpa situationen har man i Norge startat ett omfattande projekt som syftar till att minska sjukfrånvaron med minst 20 procent. Som en del av projektet försöker man i Norge locka personer som är på invalidpension tillbaka till arbetslivet. Därtill strävar man efter att förbättra arbetsförhållandena och att göra arbetsförhållandena flexibla. På så sätt förbättras möjligheterna för åldersstigna personer och personer med nedsatt arbetsförmåga att stanna kvar i arbetslivet.

Kostnaderna avspeglar det faktum att flera personer än tidigare får invalidpension. Utgifterna i samband med handikapp växte med 21 procent i Island och med närmare 6 procent i Norge. I Finland och i Danmark minskade de här utgifterna.

Hälsovårdsutgifterna har ökat – köerna har blivit ett diskussionsämne

I alla fem nordiska länder ökade hälsovårdsutgifterna. Utgifterna för sjukdom och hälsa ökade i Sverige och Norge år 2000 med närmare 10 procent. I Finland ökade de med knappt 3 procent. De höga tillväxtsiffrorna beror i främsta hand på att statens utgifter för sjukdagpenning har gått upp. I Norge ökade utgifterna för hälso servicen rentav med 7 procent. De totala utgifterna för hälsovården omräknat per invånare låg på en betydligt lägre nivå i Finland än i de övriga nordiska länderna.

Inom hälsovården genomgick finländarna flera vårdperioder på sjukhus än medborgarna i de övriga nordiska länderna. Till en del beror detta på att i Finland är den sjukhusvård som erbjuds patienterna i genomsnitt kortare än i de övriga nordiska länderna – bara 4,4 dygn. I de andra nordiska länderna varierar motsvarande vårdperiod på sjukhus mellan 5,4–6,0 dygn. Antalet patienter som vårdas på sjukhus är jämnt i de nordiska länderna, cirka 11–14 procent av befolkningen år 2000.

I Danmark har man byggt ut klienternas möjlighet att välja den allmän läkare och privat hemvårdare som de önskar. För att korta av köerna har danskarna från början av juli i år kunnat få den vård som de behöver på en privat inrättning eller utomlands i det fall att de har tvingats köa för vården en längre tid än två månader. Också i Finland och Island har man diskuterat köernas längd.

År 2000 låg Sverige i topp vad gäller bruket av läkemedel och Finland placerade sig som tvåa. Med beaktande av inflationen ökade kostnaderna för läkemedel i Finland med cirka 5 procent jämfört med året innan. I alla länder använde man mest mediciner avsedda för hjärt- och kärlsjukdomar och mediciner som inverkar på nervsystemet. Av enskilda mediciner använde finländarna mest diabetesmediciner och betablockerare som intas via munnen. Däremot använde finländare smärtmediciner i mindre omfattning än man gjorde i de andra nordiska länderna: det var bara i Norge som konsumtionen var mindre än i Finland. Samma gäller för antidepressiva medel: det var bara i Danmark som konsumtionen var mindre än i Finland.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2307.htm>

Antalet personer som får ålderspension har ökat mest i Finland

De socialutgifter som omfattar åldringar (ålderspensioner och tjänster inom äldreomsorgen) var år 2000 den största utgiftsposten i Danmark, Finland och Sverige. I alla nordiska länder varierade andelen mellan 29 procent och 38 procent. Under de senaste åren har ökningen varit störst i Island och Norge, minst i Danmark. Samtidigt har antalet personer med ålderspension ökat mest i Finland.

Norge har tillsatt en kommitté för att reda ut målen och principerna för pensionssystemet. Kommittén skall bland reda ut behovet av förtidspensioner och grundandet av en pensionsfond. Utredningen blir klar i oktober 2003.

Sociala förmånerna till barnfamiljer är högst i Danmark och Norge – system som motsvarar hemvårdsstödet är på frammarsch

År 2000 registrerades en liten ökning i de sociala förmåner som barnfamiljerna erhöll i Danmark, Island och Norge. I Sverige ökade utgifterna med närmare 5 procent till följd av att barnbidraget steg i likhet med kostnaderna för dagvård. I Finland sjönk de socialutgifter som omfattar barnfamiljer med 3 procent. Till en del berodde det här på att förskolan inledde sin verksamhet i utbyggd form. Utgifterna för förskolan räknas inte in i socialutgifterna. Omräknat per barn är förmånerna till barnfamiljerna störst i Danmark och Norge. Trea är Sverige och på fjärde plats kommer Finland. Island betalar minst förmåner till barnfamiljerna.

År 2001 höjde Sverige storleken på barnbidraget med 100 kronor (11 euro) i månaden. I Norge utsträcktes barnbidragen från början av år 2000 till att omfatta barn under 18 år men reformen verkställdes så att barnbidragets belopp sänktes. I Sverige har man från början av det här året höjt moderskapspenningens minimibelopp från 60 kronor till 120 kronor (6,6 euro till 13,1 euro). I Danmark, Island och Sverige har moderskaps-/föräldraledigheterna förlängts. Samtidigt har det blivit möjligt för föräldrarna att på ett flexibelt sätt dela perioden sinsemellan.

I Norge infördes i slutet av år 1998 ett stöd som motsvarar hemvårdsstödet i Finland. Följande år byggdes systemet ut. I början av det här året har Danmark infört ett motsvarande system.

I Finland placerades flest barn under skolåldern utanför hemmet

I Finland var antalet barn som placerades utanför hemmet näst störst. Danmark låg i täten i det här avseendet. Placeringarna av barn har vuxit jämnt i Finland, Norge och Sverige under de senaste 10 åren. I Danmark och Island har placeringarna däremot i viss mån sjunkit. I Danmark beror nedgången på en lagändring som kom till i början av 1990-talet.

Andelen barn som ännu inte har nått skolåldern har minskat bland de barn som placeras utanför hemmet samtidigt som behovet av placeringar har ökat i de äldre åldersgrupperna. I alla länder i Norden var placeringarna vanligast bland ungdomar i åldern 15–17. Island är undantaget: har upphör åtgärderna inom barnskyddet när den unga fyller 16 år. I Finland placerades dock fortfarande fler barn som ännu inte hade nått skolåldern utanför hemmet än i de andra länderna.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2307.htm>

Antalet personer som erhåller inkomststöd är högre i Finland än i de övriga nordiska länderna

I alla nordiska länder finns ett system för inkomststöd, som är behovsprövat. Inkomststöd beviljas en person i det fall att annan inkomst saknas eller för att dryga ut andra inkomster. Från år 1999 till år 2000 sjönk i alla nordiska länder andelen personer som fick inkomststöd. I Finland är andelen personer som får inkomststöd högre än i de andra nordiska länderna (8,3 procent av befolkningen) och andelen är speciellt framträdande bland unga vuxna (i åldern 18–24). I Sverige, Danmark och Norge var andelen personer som erhöll inkomststöd 4–5 procent av hela befolkningen. I Island var motsvarande siffra 2,4 procent.

Ensamförsörjarnas ekonomiska problem ger sig till uttryck i de nordiska länderna. Ensamförsörjande mödrar och fäder är den största enskilda gruppen som får inkomststöd. Ett finländskt drag är den exceptionellt stora andelen ensamstående män som får inkomststöd. Nivån på inkomststödet är i Finland lägst i alla familjetyper när man jämför med förhållandena i de övriga nordiska länderna.

Förändringar i finansieringen av socialutgifterna på 1990-talet

De sociala förmåner som betalas ut i pengar, d.v.s. närmast dagpenningar och pensioner, finansieras i Finland och Sverige till övervägande del med arbetsgivarnas och arbetstagarnas försäkringsavgifter. Arbetsgivarnas andel av de här utgifterna är i Finland 55 % och i Sverige 47 %. Arbetstagarnas andel är 17 och 27 %. Också i Danmark betalar arbetstagarna en relativt stor del av utgifterna, d.v.s 31 %. Däremot är det Folketrygden (motsvarar Folkpensionsanstalten i Finland) som i Norge erlägger merparten av de förmåner som betalas ut i pengar. Gemensamt för alla nordiska länder är att arbetstagarnas del i finansieringen av dagpenningarna och pensionerna har blivit större. Ett gemensamt drag är också den lokala förvaltningens betydande roll i finansieringen av social- och hälso servicen: 88–90 % i Danmark och i Sverige, 55–58 % i Norge och Finland. På motsvarande sätt uppgår statens andel i Danmark och Sverige till cirka 10 %, i Norge och Finland till 30–45 %. Skillnaden beror närmast på statsandelarnas olika karaktär – är de ett allmänt underhåll till kommunerna eller har de allokerats speciellt för social- och hälsovård.

Ovan nämnda information om Finland och övriga EU-länder går att läsa i publikationen *Sosiaalija terveysmenot 2000* (Utgifter för social- och hälsovården 2000, publikationen är på finska och engelska). Den belyser de senaste statistiska sammanställningarna om social- och hälsovårdsutgifter, deras finansiering och socialskyddssystemet i Norden. Sammanställningarna på nordisk nivå finns i de nyaste publikationerna som dels NOMESKO (den nordiska medicinalstatistiska kommittén) har gett ut, dels NOSOSKO (den nordiska socialstatistiska kommittén) har presenterat. I publikationen *Social Protection in the Nordic Countries 2000* granskas i de temaavsnitt, som årligen växlar, i år finansieringen av socialutgifterna på 1990-talet. I temaavsnitten i publikationen *Helsestatistik i nordiske lande/Health Statistics in the Nordic Countries 2000* granskas i vilken mån statistik i de nordiska länderna för olika kirurgiska ingrepp går att jämföra med varandra.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2307.htm>

Publikationerna:

Sosiaali- ja terveystilastot 2000. Stakes, Suomen Virallinen Tilasto; Sosiaaliturva 2002:2. Social Protection in the Nordic Countries 2000. NOSOSCO, Nordic Social Statistical Committee 18:2002. Health Statistics in the Nordic Countries 2000. NOMESCO, Nordic Medico Statistical Committee 64:2002.

Beställningar:

Journalisterna kan beställa publikationerna på adress viestinta@stakes.fi.

Övriga beställningar:

Publikationen Sosiaali- ja terveystilastot 2000 går att beställa från [Stakes:orders@stakes.fi](mailto:orders@stakes.fi) eller tel. (09) 3967 2190. Publikationerna Social Protection in the Nordic Countries 2000 och Health Statistics in the Nordic Countries 2000 finns på webben på adress <http://www.nom-nos.dk/>

Ytterligare information:

Utgifter för social- och hälsovården 2000: utvecklingschef Nina Haapanen tel. 09-3967 2683 (nina.haapanen@stakes.fi)

NOSOSCO: finanssekreterare Tiina Heino tel. 09-1607 3835 (tiina.heino@stm.vn.fi), med tonvikt på beskattning, typfall och inkomstfördelning: specialforskare Ilari Keso tel. 09-1607 3840 (ila-ri.keso@stm.vn.fi)

NOMESCO: utvecklingschef Mika Gissler puh. 09-3967 2279 (mika.gissler@stakes.fi)

På webben finns en nordiska databas på social- och hälsovårdens område, d.v.s. NOSOSCOs och NOMESCOs statistik på adress <http://www.nom-nos.dk/Database/Indicators.htm>. I den engelskspråkiga databasen har alla viktigaste tidsserier fr.o.m. år 1995 registrerats.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2307.htm>

Apoteken skyldiga byta ut läkemedel mot billigare

För att läkemedelskostnaderna skall bli lägre och för att läkemedelsbruket skall bli ändamålsenligare kommer apoteken att åläggas att byta ut av läkare ordinerade läkemedel mot billigare alternativa preparat (generisk substitution). Regeringen fattade beslut om lagförslaget torsdagen den 26 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag. De ändringar av läkemedelslagen och sjukförsäkringslagen som är nödvändiga skulle träda i kraft den 1 januari 2003. Förslaget hänför sig till budgetförslaget för år 2003.

Enligt förslaget skall apoteket byta ut läkemedlet mot det billigaste utbytbara inhemska eller importerade preparatet. Läkemedelsverket skall uppgöra en lista över parallellpreparat, dvs. preparat av samma kvalitet, med motsvarande aktiva substans och som biologiskt sett är jämbördiga. Därmed skulle det preparat som säljs åt kunden till sin effekt, säkerhet och kvalitet motsvara det preparat som läkaren ordinerat. Apoteket är skyldigt att sälja det billigaste utbytbara preparatet som finns i Läkemedelsverkets lista. Om det billigaste preparatet eventuellt inte finns i apotekets sortiment kan det bytas till ett preparat som är nästan lika billigt. Prisskillnaden mellan det billigaste preparatet och det nästan billigaste får dock vara högst två euro om läkemedlet kostar under 40 euro och högst tre euro om det kostar mera än 40 euro. Kunden har emellertid rätt att få det billigaste utbytbara preparatet som finns vid inköpstillfället och vid behov är apoteket skyldigt att skaffa det billigaste preparatet.

Enligt förslaget kan läkaren eller tandläkaren som ordinerat medicinen förbjuda att den byts ut om det finns medicinsk eller terapeutisk orsak därtill. T.ex. en kund som lider av minnesförlust kan i samband med utbyte av medicin ha svårt att följa ordinationen. Dessutom kan kunden också själv motsätta utbyte av medicin. Ersättning för medicinen kommer kunden att få på basis av den inköpta medicinen.

Apoteken är skyldiga att informera och ge handledning om frågor som gäller priser och val av medicin.

Enligt erfarenheter i andra länder förbjuder läkarna i början rätt ofta utbyte av medicinen men efter att systemet blivit etablerat minskar förbuden och inbesparingarna växer. Tack vara utbyte av läkemedel i apoteken kunde sjukförsäkringens och kundernas kostnader minska med cirka 45 miljoner euro. På grund av förbuden kommer inbesparingarna uppskattningsvis dock att stanna vid 15 miljoner euro år 2003. Av inbesparingen kommer kunderna att stå för cirka 10 miljoner euro.

<http://www.stm.fi/svenska/pressmeddel/pressm02/haopressmed2214.htm>